

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

**POSTOJ DĚTÍ STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU
K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**
Attitude of The Teens to Disabled Persons

Bakalářská práce: *10-FP-KSS-3009*

Autor:

Olga Farská

Podpis:

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nádvorníková

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
95	24	0	26	34	2

V Liberci dne: 22.3.2011

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Olga Farská

adresa: Mikoláše Alše 752, 513 01 Semily

studijní obor (kombinace): Sociální pracovník

Název BP: **Postoj dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením**

Název BP v angličtině: **Attitude of The Teens to Disabled Persons**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nádvorníková

Konzultant:

Termín odevzdání: duben 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 1. 4. 2010



děkan



vedoucí katedry


Převzal (kandidát): Olga Farská

Datum: 4. 6. 2010

Podpis: 

Název BP: POSTOJ DĚTÍ STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU K OSOBÁM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nádvorníková

Podpis: 

Cíl: Zjistit a popsat sociální akceptaci a charakteristické rysy postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením.

Požadavky: Formulace teoretických východisek a analýza současného stavu dané problematiky, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů a navrhovaných opatření.

Metody: Metoda dotazování

Literatura: HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. přepr. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Čestné prohlášení

Název práce: Postoj dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením
Jméno a příjmení autora: Olga Farská
Osobní číslo: P08000421

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 22.03.2011

Děkuji Mgr. Lence Nádvorníkové za odborné vedení, pomoc,
pochoopení a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Postoj dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením

Název bakalářské práce: Attitude of The Teens to Disabled Persons

Jméno a příjmení autora: Olga Farská

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2010/2011

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Nádvorníková

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením. Jejím cílem bylo zjistit, jak jsou tyto osoby vnímány, jaké pocity vyvolávají, a zda by měly být začleňovány do běžných škol a společnosti nepostižených osob obecně. Práci tvořily dvě části. První teoretická část, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala utváření postojů, jejich závislost na historické úrovni vývoje společnosti, charakteristické rysy postojů společnosti k osobám s postižením, historii péče o tyto osoby, příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapů. Dále se věnovala jednotlivým druhům postižení a jejich charakteristikám, a vymezení období staršího školního věku. Praktická část zjišťovala, pomocí metody kvantitativního výzkumu a techniky dotazníku, sociální akceptaci a charakteristické rysy postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením. Výsledky vyúsťovaly v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti edukační, didaktické, komunikační a architektonické. Za největší přínos práce vzhledem k zjišťované problematice bylo možné považovat zjištění aktuálního vztahu a pohledu dětí staršího školního věku na osoby se zdravotním postižením.

Klíčová slova:

Postoj, sociální akceptace, osoba s postižením, předsudek, stereotyp, porucha, vada, postižení, handicap, starší školní věk, socializace, inkluze, integrace, adaptace, utilita, inferiorita, období prenatalní, období perinatální, období postnatální, prepuberta, puberta, identita, skupinová identita.

Summary:

The thesis dealt with the issue positions of school children to people with disabilities. Its aim was to determine how they are perceived and what feelings they produce, and whether they should be integrated into mainstream schools and society generally unaffected individuals. The work consisted of two parts. The first

theoretical part, that the compilation and presentation of expert sources described the formation of attitudes, their dependence on the historical level of development, the characteristics of attitudes towards persons with disabilities, the history of care for these people, the causes of failures, defects, disabilities and handicaps. Furthermore, work pursued individual types of disability and their characteristics and definition of the older school age. The practical part examined using quantitative research methods and techniques of the questionnaire, the social acceptance of attitudes and characteristics of teens attitude to persons with disabilities. The results were to lead in the proposed specific measures for educational, teaching, communication and architecture. The greatest contribution of the work given to identify issues to be considered to determine the current view of the relationship and school children to people with disabilities.

Keywords:

Attitude, social acceptance, disabled person, prejudice, stereotype, disorder, handicap, type of disability, handicap, teens, socialization, inclusion, integration, adaptation, utility, inferiority, prenatal period, perinatal period, postnatal period, prepuberty, puberty, identity, group identity.

Contenido:

El trabajo de investigación trata de la cuestión de la actitud de los escolares hacia las personas con discapacidad. Su objetivo era determinar cómo se perciben, qué sentimientos producen en otros, y si deberían ser integrados en las escuelas comunes y en la sociedad en general. El trabajo consiste de dos partes. La primera parte, teórica, es una compilación y presentación de las fuentes científicas y describe la formación de actitudes, su dependencia del nivel de desarrollo histórico de la sociedad, descripción de las actitudes diferentes hacia las personas con discapacidad, historia del cuidado de estas personas, las causas de los defectos, discapacidades y minusvalías. Adelante están descritos diferentes tipos de discapacidad y sus características, con el enfoque en la edad de escolarización. La parte práctica examina, usando métodos cuantitativos y técnicas de investigación como la encuesta, la aceptación social y las actitudes de los niños en la edad escolar hacia las personas con discapacidad. Como resultado se proponen medidas concretas para el área de educación, enseñanza y comunicación. La mayor contribución de la tesina es la identificación de la relación y la percepción en la actualidad de los niños en la edad escolar de las personas con discapacidad.

Palabras clave:

La posición de la aceptación social, las personas con discapacidad, los prejuicios, estereotipos, desorden, deterioro, discapacidad, invalidez, vejez, la escuela, la socialización, la inclusión, la integración, la adaptación, la utilidad, la inferioridad, el período prenatal, perinatal, período después del parto, prepubertad, pubertad , la identidad, la identidad de grupo.

Obsah:

Úvod.....	7
1 Základní pojmy	8
1.1 Utváření postojů a jejich změna.....	8
1.2 Závislost postojů společnosti na historické úrovni vývoje společnosti	9
1.3 Charakteristické rysy postojů společnosti k nemocným a postiženým.....	15
1.4 Historie péče o osoby s postižením.....	17
1.5 Příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapů	20
1.6 Socializace a sociální integrace jedinců s postižením	22
2 Jednotlivé druhy postižení a jejich charakteristika	24
2.1 Tělesné postižení.....	26
2.2 Zrakové postižení.....	27
2.3 Sluchové postižení	29
2.4 Vady řeči.....	31
2.5 Poruchy chování	33
2.6 Mentální postižení.....	35
2.7 Psychiatrické onemocnění	37
3 Starší školní věk.....	40
3.1 Vymezení období staršího školního věku	40
3.2 Vývoj postojů a názorů	42
3.3 Socializace	43
4 Praktická část	46
4.1 Cíl praktické části	46
4.2 Použité metody	46
4.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	47
4.4 Stanovení předpokladů	51
4.5 Výsledky a jejich interpretace.....	52
4.6 Vyhodnocení předpokladů a diskuze	75
5 Závěr	79
6 Návrh opatření	81
Seznam použité literatury:	85
Přílohy.....	88

Úvod

Předkládáme bakalářskou práci na téma „Postoj dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením“. Často kolem sebe slýcháme, že dnešní mladí lidé jsou oproti předchozím generacím mnohem více sobečtí, lhostejní k okolí, necitliví, agresivní, se zájmem pouze o počítačové hry a nejnovější typy mobilních telefonů, koketují s alkoholem a jinými návykovými látkami atd. To vše se odráží i ve vztahu k rodičům, zdravotně postiženým a starým osobám. Motivací k napsání této práce byla zvědavost a snaha zjistit, zda skutečnost, že se dnešní generace mladých lidí setkává s osobami s postižením častěji než v dřívějším segregacním systému, nějak změnila pohled na tyto osoby. Další otázkou je, zda integrace dětí se zdravotním postižením do běžných typů škol, může tento postoj ovlivnit. Myslím si, že na základě toho, jaký vztah mají mladí lidé k osobám s různým typem postižení nyní, můžeme například lépe odhadnout, jak se budou v budoucnu chovat ke svým rodičům, kteří se stanou závislými na jejich pomoci.

Cílem této práce je zjistit a popsat sociální akceptaci a charakteristické rysy postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením. Pro průzkum byla zvolena forma anonymního dotazníkového šetření ve dvou 8. třídách běžných základních škol a v jedné odpovídající třídě osmiletého gymnázia, tj. tercii. Díky anonymitě dotazníků věříme v pravdivost uvedených údajů a věrohodnost zjištěných dat.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou (praktickou). V teoretické části bude naším úkolem formulace teoretických východisek a analýza současného stavu dané problematiky. Dále seznámíme čitatele s odbornou terminologií. Vysvětlíme, co je postoj a předsudek, jak se tvoří, co je ovlivňuje, a dále jejich charakteristické rysy. Podáme přehled o historii péče o postižené. V další části se pak budeme věnovat jednotlivým druhům postižení a jejich charakteristikám.

V druhé, výzkumné části práce, se budeme zabývat metodami šetření, sběrem dat, jejich interpretací a vyhodnocením, formulací zjištěných závěrů a návrhem opatření. Pro objektivitu budou ke zpracování bakalářské práce a výzkumného projektu použity tyto metody a techniky: analýza odborné literatury, metoda kvantitativního výzkumu a technika dotazníku. O spolupráci jsme požádali ředitele základních škol Ivana Olbrachta v Semilech a ředitele Základní školy v Železném Brodě a ředitele

Gymnázia Ivana Olbrachta v Semilech. Výsledky průzkumu budou zaneseny do textu pomocí tabulek a grafů, a stručně přepsány do písemné podoby.

1 Základní pojmy

1.1 Utváření postojů a jejich změna

Nejen v psychologii, ale i v jiných vědních disciplínách se můžeme setkat s pojmem postoj. Postoje zkoumá sociální psychologie především z toho důvodu, že předpokládá příčinnou souvislost mezi postojem a chováním jeho nositele. Pojem postoj se objevil začátkem 18.století. Používal se v malířském žargonu pro označení polohy těla při jeho výtvarném zpracování, a později i v dramatickém umění. Charles Darwin se zasloužil o to, že díky jeho práci Výraz emocí u člověka a zvířat, vydané v roce 1872, se dostal tento pojem do vědeckého jazyka. (Výrost, 2008)

Dle Kohoutka (1998, s. 8) je postoj „***komplexní tendence odpovídat poměrně stálým a charakteristickým způsobem (kladně, neutrálně, ambivalentně či záporně) na určité opakované situace, myšlenky, objekty, osoby.***“

Nejedná se pouze o jiné osoby, ale také o svou vlastní. Postoje jsou dle Hartla a Hartlové (2004) součástí osobnosti, souvisí s jejími sklony, zájmy, získávají se v průběhu života, zejména vzděláváním, sociálními kontakty a veřejným míněním. Postoje můžeme dle autorů dělit podle různých kritérií na:

- a) citové, poznávací;
- b) kladné, záporné;
- c) verbální, neverbální;
- d) skryté, zjevné;
- e) silné, slabé;
- f) soudržné, nesoudržné;
- g) vědomé, nevědomé;
- h) individuální, skupinové;
- i) stálé, proměnlivé.

Postoje v lidském životě mají svoji funkci, umožňují totiž člověku, aby se adaptoval na prostředí (Festinger, 1964, in Výrost, 2008). Katz (1960, in Výrost, 2008) rozlišoval tyto funkce: **poznávací** – postoje organizují zkušenosti, a funkci **instrumentální** – postoje maximalizují zisky a minimalizují ztráty. Další tři funkce

přibýly později (A.H. Eagly, S. Chaiken, 1998, in Výrost, 2008): funkce **výrazu hodnot** – postoj je nástrojem, kterými vyjadřujeme naše hodnoty; funkce **sociální adjustace** – postoje zprostředkovávají vztahy člověka k jiným lidem; funkce **sebeobranná** – tím, že postoj udržuje sebeobraz člověka, brání hrozbám prostředí, umožňuje snadnější zvládání konfliktů a náročných životních situací. Pro potřebu naší práce se přikláníme k výše uvedené definici Hartla a Hartlové (2004).

Sociální akceptaci rozumíme dle Matouška (2003) postoj k člověku, který staví na hodnotě lidské bytosti a na její důstojnosti. Při akceptujícím postoji vnímáme a reagujeme na člověka jako na reálnou bytost, se všemi pozitivními i negativními kvalitami. Akceptaci však nelze zaměňovat se schvalováním. Znamená to tedy, že nemusíme schvalovat nějakou osobu či její jednání, ale můžeme vyjádřit i nesouhlas či hněv, a přesto může být náš postoj akceptující.

1.2 Závislost postojů společnosti na historické úrovni vývoje společnosti

Ve společnosti lidí se vždy nacházeli jedinci, kteří se odlišovali od ostatních. Mohlo to být vzhledem, tělesnými a smyslovými vadami, či duševním stavem nebo chorobami. Celá společnost stejně jako každý jednatel se museli vyrovnávat s těmito „jinými“ členy. V průběhu dějin se tento vztah měnil podle toho, jak se vyvíjela společnost. Pohled zpět do historie nám může pomoci pochopit předsudky a současné přetrvávající postoje v povědomí lidí. (Hadj Moussová, 2003)

Dále autorka uvádí, že ke správnému pochopení tvorby postojů společnosti k postiženým členům, je nutné vzít v úvahu obecné vlastnosti psychiky. Jedná se především o to, že osobnost člověka se utváří v kontaktu a pod vlivem ostatních členů sociální skupiny. Na každé úrovni vývoje si společnost vytváří pravidla soužití, hodnoty a normy, které se dostávají do vědomí členů společnosti a stávají se součástí individuálních psychických vlastností jedince v průběhu socializace.

Jak Hadj Moussová (2003, s.5) uvádí, „*kultura tedy určuje, co je danou společností považováno za žádoucí či nežádoucí, ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů (i ostatních členů dané společnosti). Co je v jedné kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno nebo být považováno přímo za patologické.*“

Jako cizí, ohrožující a nebezpeční jsou vnímáni zpravidla Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují a to nejen v chování, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami. (Hadj Moussová, 2003)

Nejvíce se projevuje závislost jedince na sociálním prostředí na primitivních úrovních vývoje společnosti. Je to způsobeno tím, že čím je nižší úroveň společnosti, tím je jednatel více závislý existenčně na členství ve své skupině. S tím souvisí i větší tlak skupiny na jednotlivce v oblasti dodržování skupinových norem, tj. na jeho konformnost vůči skupině. V těchto primitivních společnostech bylo vyhnání z kmene nejvyšším trestem, a mělo za následek smrt takto potrestaného jedince.

Na různých úrovních vývoje lidské společnosti a v různých kulturách se setkáváme s různými typy postojů. Pro zajímavost tedy uvedu několik příkladů, jak je uvádí Hadj Moussová (2003):

- ✓ Odmítání jedinců téhož druhu, kteří nevykazují stejné fyzické znaky můžeme pozorovat již u zvířat (např. albi). Především u primátů lze sledovat, že sociální status příslušníka skupiny závisí na fyzickém vzhledu a zdatnosti. Slabší jedinci se dostávají na okraj sociální skupiny. Tento mechanismus zajišťuje přežití druhu. Vztahem k odlišným jedincům u zvířat se zabývá etologie.
- ✓ Stejně vlivy přetrvávaly i v nejprimitivnějších úrovních vývoje lidské společnosti. Měly za následek odmítání fyzicky postižených a slabších členů. Tyto postoje byly zřejmě v podobě mýtů předávány dál.
- ✓ Ekonomická situace skupiny měla také vliv na postoj k postiženým či slabým jedincům. Nelze předpokládat, že společnost, která jen těžce zajišťuje materiální přežití, a její vnější podmínky jsou mimořádně náročné, si může dovolit živit jedince, kteří ji zatěžují a nemohou přinést žádný užitek. Jako příklad nám může sloužit Sparta, kde bylo žádoucí přežití pouze takových nemluvňat, která by mohla být v budoucnu zdatná ve vojenské službě.
- ✓ **Postižení členové skupiny jsou výjimeční, odlišují se od určitého estetického ideálu kultury.** To se projevovalo zvláště výrazně například v antickém Řecku a Římě, kde byla celá kultura založena na tzv. **kalokagatii** – na souladu krásy těla a ducha, a na základě toho byla posuzována hodnota člověka. Estetický ideál také podléhá vlivům kultury, co je v jedné kultuře považováno za krásné, v druhé je odmítáno.
- ✓ Jedinec, který se narodil nějak postižený byl pro ostatní členy potencionálním nebezpečím. Bylo to z důvodu neznámých příčin, co bylo neznámé, bylo

nebezpečné. K příčinám těchto postižení bylo dříve připisováno uhranutí, očarování matky, nemravné styky před narozením dítěte atd.

- ✓ Často bylo postižení spojováno i s negativní vnitřní kvalitou. Dodnes je časté, že tělesně postižený je považován za mentálně retardovaného, nebo se u nich předpokládá špatný charakter, prostě se postižení stává stigmatem.
- ✓ V náboženských představách se setkáváme s výkladem, že postižení je boží vůle v podobě božího trestu či zkoušky. Ve středověku se pak stává postižený jedinec objektem soucitu, lásky a péče o něj.
- ✓ Existuje však i určitá **ambivalence** v postojích k různým druhům postižení. Blažek a Olmrová (1985, in Hadj Moussová 2003, s. 7) ji označuje jako *„fascinaci monstrem, to co člověka odpuzuje, zároveň ho i určitým způsobem přitahuje právě pro svou odlišnost a jinakost. Postižení byli zpravidla společností zavržováni, zároveň jim však byly připisovány magické schopnosti.“* Často byly postiženým připisovány určité zvláštní schopnosti, např. slepci jako proroci, šamani jako prostředníci mezi nadpřirozenými silami a člověkem atd., a zajišťovaly jim místo ve společnosti.

Domníváme se, že je velmi důležité uvést, že sociální tlak, na základě kterého přijímáme určité postoje společnosti, se netýká pouze zdravých jedinců, ale i postižených. Ti musí na základně očekávání okolí přijmout svoji roli a svoji odlišnost, tak jak je společností zrovna chápána. Čím více souhlasí se svou odlišností, tím jsou pro společnost přijatelnější. Je to vlastně takový kruh, neboť to jak se zařadí, způsobí, jak se k nim budou ostatní chovat. Řada předsudků a stereotypů se objevuje dodnes.

Sociologický slovník (Jandourek, 2007, s.198) vysvětluje pojem **předsudek** takto: *„emocionálně silně zabarvený úsudek o druhých osobách, skupinách nebo nějakých záležitostech, který je možno jen obtížně změnit na základě nových zkušeností a informací. Jde o druh stereotypu.“* Často se zakládá na nepravdivých a neúplných informacích.

A k pojmu stereotyp uvádí Slovník sociální práce (Matoušek, 2003, s. 227) toto: *„stereotyp je předsudečné zobecněné přesvědčení určující očekávání. Pro sociální práci jsou významné stereotypy většinové společnosti a stereotypy profesionálů týkající se klientů sociálních služeb, případně rodin těchto klientů.“* Pokud se společnosti podaří změnit tyto stereotypy a bude vnímat postiženého jako člověka s určitými specifickými kvalitami, nebude postižený vnímán jen jako postižený, odmítaný či vyvolávající soucit. Tyto předsudky a stereotypy lze změnit právě rozbitím

bariér, které nás oddělují od postižených, kontaktem s postiženými a vzájemným poznáním. Jedním z příkladů je právě třeba integrace dětí s postižením do běžných škol.

Stereotyp je výrazem potřeby snadné orientace. Je charakteristický ulpívavostí, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi. Neochota změnit postoje může souviset jednak s nedostatkem informací nebo s nižší inteligencí. Za další může vyplývat z převažujícího citového ladění, neměnnost postojů souvisí se zvýšenou úzkostností. Stálost (rigidita) postojů je obrannou reakcí, jelikož cokoli nového a neznámého vyvolává větší úzkost. Zvláště k některým druhům postižení se zafixovaly převážně negativní postoje, velmi těžko se překonávají a zabraňují začlenění těchto osob do zdravé populace. *„Jedním z projevů stereotypu v postoji k nemocným a postiženým je tendence ke **generalizaci**, sklon myslet si, že jsou všichni stejní, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti.* (Vágnerová, 2003, s. 15)

V minulosti proběhlo i několik výzkumů, zaměřených na vztah mezi postojem a aktuálním chováním. Byly zaměřeny na různou populaci, byly zkoumány postoje k různým objektům a různými technikami. Bylo konstatováno, že postoje ve většině případů nemají nebo mají jen slabý vliv na aktuální chování. (Výrost, 2008)

A.W. Wicker (in Výrost, 2008) určil dvě základní příčiny, které ovlivňují vztah mezi postojem a chováním. Jsou to:

Osobní faktory

- ✓ **Ostatní postoje** – konkrétnímu postoji odpovídá více dalších, pokud je nevezmeme v úvahu, vztah mezi jediným postojem a konkrétním chováním se snadno stane příčinou jejich nesouladu;
- ✓ **Soupeřivost motivů** – motivy konkrétního chování mohou být silnější než motivy vztahující se k měřenému postoji;
- ✓ **Verbální, intelektuální a sociální schopnosti** – výsledkem neschopnosti jedince dát přiměřenou verbální odpověď může být nesoulad mezi postojem a chováním;
- ✓ **Úrovně aktivity** – postoj závisí na úrovni aktivity jedince, v určitých případech např. apatie, je nesoulad pochopitelný.

Situační faktory

- ✓ **Předpokládaná a skutečná přítomnost jiných osob** – nesoulad mezi chováním a postojem je možný, pokud je jedinec vystaven skupinovému tlaku;
- ✓ **Normativní předpisy týkající se vlastního chování**

- ✓ **Sociální normy a požadavky vyplývající z role** – ať jedincem zvnitřněné, nebo zvnějšku vyžadované;
- ✓ **Přístupnost alternativního chování** – důležitým faktorem vztahu postoj – chování je počet jeho možných variant;
- ✓ **Specifičnost objektu postoje** – v mnoha případech je rozdíl mezi postojem a chováním způsobený skutečností, že podnět při slovní odpovědi bývá obecný, zatímco v situacích aktuálního chování bývá specifický;
- ✓ **Nepředvídatelné vnější vlivy** – např. situační vlivy, nehody, nemoci atd.
- ✓ **Očekávané nebo aktuální důsledky různého chování**

Postoje se skládají ze 3 složek: afektivní, kognitivní a konativní.

Kohoutek (1998, s. 8-10) uvádí, „*afektivní složka postoje vyjadřuje emoční (citové) vztahy k předmětu postoje; kognitivní složka postoje vyjadřuje stupeň vědomosti o předmětu postoje a behaviorální (konativní) složka postoje vyjadřuje tendenci jednat ve smyslu existujícího postoje.*“

Dle Vágnerové (2003) tyto tři složky, tj. citová, kognitivní a konativní nemusí být v každém postoji vždy stejně vyjádřeny, jako příklad uvádí postoj k postiženému člověku, který je spíše emocionální než racionální.

Dále autorka uvádí, že postoje nejsou člověku vrozeny, ale vytvářejí se v průběhu ontogeneze. Formování postojů a jejich utváření probíhá v rámci mnoha skupin, jichž součástí člověk je. Určitý vliv na utváření postojů mají i masové sdělovací prostředky, i když ne tak významný, jako malé skupiny. Právě skupinové mínění a skupinové interakce mají velký vliv na tvorbu postoje. V dětství mají nejdříve postoje obecný charakter, s přibývajícím věkem dochází k jejich diferencování a seskupování v soubory postojů. Autorka uvádí, že se jedná o tzv. *postojovou integraci*.

Jak už bylo uvedeno výše, postojům se učíme od ostatních lidí a skupin. Protože si přejeme, aby nás konkrétní osoby či skupiny přijímali, často svůj postoj přizpůsobujeme právě podle nich. To znamená, že vždy vyjadřujeme navenek svůj pravý postoj, ale třeba právě ten, který je považován za žádoucí, nebo který je danou skupinou upřednostňován.

Leon Festinger (in Kohoutek, 1998) má svou teorii, kterou vysvětluje změny postojů. Nazývá ji **teorií kognitivní disonance**. Tato teorie říká, že běžně jsou postoje jednotlivce navzájem konzistentní a jednotlivci se chová ve shodě se svými postoji. Bohužel se někdy stane, že dojde k inkonzistenci, která způsobí zmiňovanou kognitivní

disonanci. Tento stav je pro člověka nepříjemný, proto se snaží takovému stavu vyhnout, či ho redukovat.

Postoje k nemocným a postiženým z hlediska základních psychických potřeb dle Vágnerové (2003):

- ✓ **Potřeba jistoty a bezpečí** – tak jak ji chápe Maslowova teorie, může být základem tendence vyhýbat se postiženým lidem a tabuizovat tuto problematiku, protože mohou symbolizovat ohrožení. U zdravých lidí převládá tendence se od nemocných a postižených odvracet.
- ✓ **Potřeba lásky a sebeúcty** – souvisí podle Maslowa s potřebou citového vztahu a bezpečí. U postižených a nemocných může být uspokojování této potřeby odlišné co do množství i kvality. Vztah zdravých k nemocným bývá odlišný, převažují ochranné tendence, manipulování postiženého do podřízené pozice. Častý je také sklon udržovat nemocné v závislosti na společnosti zdravých, tzn. v nerovnocenné pozici.
- ✓ **Potřeba úcty a sebeúcty** – většinou o této potřebě u nemocného neuvažujeme, stavíme ho do role pasivní, závislé na pomoci a podpoře druhých. Za těchto okolností je těžké získat sebeúctu. K dosažení sebeúcty má postižený méně možností a společností není tato snaha ani příliš podporována. Většinou jsou preferovány pasivní volní vlastnosti, jako je trpělivost, sebeovládání, odolnost k utrpení atd.
- ✓ **Potřeba seberealizace** – na tuto potřebu zdravá část společnosti pohlíží pro postižené osoby jako na nepodstatnou, domnívají se, že je důležitější finanční zabezpečení.
- ✓ **Potřeba poznávání a učení** – podle Maslowa patří k růstovým potřebám, které vedou k rozvoji jedince, k samostatnosti a větší aktivizaci. Někteří nemocní či postižení o další rozvoj nestojí, příčiny tohoto stavu jsou strach ze selhání, omezená sebedůvěra a nejistota. Jiní mají zase velkou potřebu seberozvoje.
- ✓ **Potřeba otevřené budoucnosti** – od nemocných se neočekává, přesto má naděje velice pozitivní vliv proti rezignaci a celkovému úpadku.

1.3 Charakteristické rysy postojů společnosti k nemocným a postiženým

Jak už bylo uvedeno výše v textu, postoje slouží k jednodušší orientaci ve světě. Jestliže je však ovládána spíše citově, než rozumově, nemusí být tato orientace zcela přesná. Postoje slouží také k tomu, že podle toho, jaký postoj okolí zastává, lze lépe předpovědět chování jednotlivce či skupiny. Každý postoj je totiž spojen s určitou typickou reakcí či chováním.

Nyní se zaměříme na charakteristické rysy postojů k nemocným a postiženým, tak jak je popsala Vágnerová (2003).

- ✓ **Kognitivní složka** – u laiků je obvykle velmi slabá, neboť má většina lidí jen málo informací o této problematice. Tento problém se spíše dotýkal profesionálů, pro veřejnost byl tabuizován a zveřejňování konkrétních informací nebylo žádoucí. Někteří sice věděli, že existují různě postižení lidé, ale jestliže se s nimi neměli možnost setkat ve své rodině či okolí, nemohli o jejich problémech, omezeních a možnostech nic vědět. Tato neinformovanost vedla k převaze emocionální složky.
- ✓ **Emoční složka** – mívá často ambivalentní charakter, tzn. obsahuje emoce pozitivní i negativní. Obecně jsou nemocní či postižení hodnoceni jako něco nežádoucího. Vyvolávají u okolí **soucítí**, to když je potkalo neštěstí bez vlastního zavinění. Často také **hrůzu a odpor**, neboť symbolizují něco negativního. Přispívá k tomu i nedostatek informací, co je neznámé vzbuzuje strach. Důležité je i to, že postoje přebíráme podle společnosti, nebo sociální skupiny, ke které náležíme a často nemáme ani žádnou vlastní zkušenost. Při setkání s nemocným či postiženým si uvědomujeme vlastní zranitelnost.

Dále Vágnerová (2003) uvádí, že rozlišování zdraví a nemoci (normality a abnormality) je **podmíněno kulturně historicky a sociálně psychologicky**. Rozlišení těchto dvou stavů není jednoznačné a nemá trvalý charakter. Je ovlivňováno aktuálně platnými názory společnosti na to, co považuje za abnormální, a co ještě toleruje. Za objektivní můžeme označit profesionální medicínský názor na stav člověka. Mínění veřejnosti bývá výkladem medicíny určitým způsobem ovlivněno, avšak středem jeho zájmu bývají spíše zjevné odchylky somatických a psychických funkcí. Jedná se

zejména o ty, které se projevují nápadnostmi v chování či zevnějšku (např. kožní onemocnění, deformace postavy, omezené chápání atd.). Mnohem menší pozornost upoutávají vnitřní onemocnění, i když představují závažnější poškození zdravotního stavu člověka.

Nemůžeme však opomenout, jak chápe a prožívá své postižení či nemoc sám pacient, tj. **subjektivní hodnocení**. Obecným pravidlem je, že čím je zdravotní postižení závažnější, tím větší subjektivní zátěž představuje. Není to ale vždycky tak. Reakce na různé zátěže, tzn. i na poškození zdraví, ovlivňuje osobnost nemocného, jeho biologické a psychické vlastnosti. Nemocného však ovlivňuje i společnost, ve které žije, a v ní převládající postoje. Ty spoluurčují, jak bude jedinec své postižení či nemoc vnímat, zda pro něj bude znamenat subjektivně problém, do jaké míry se jeho zdravotní handicap projeví v jeho identitě a ve vztahu k sobě samému.

„Nemoc či postižení představuje společenské znevýhodnění, které je považováno za něco nežádoucího, ale zároveň se od jiných sociálních handicapů (např. alkoholismu či závislosti na drogách) liší v oblasti názoru na zodpovědnost subjektu za svůj zdravotní stav.“

(Vágnerová, 2003, s. 16)

Za viníka své choroby není nemocný považován. Pokud je ale způsobeno jeho zaviněním, dochází k emoční změně v postojích společnosti a okolí, ubývá soucitu, obvykle se omezí i ochota pomáhat jim. Na druhé straně nemoc svému nositeli přináší i určitá privilegia, jako jsou ohledy, sympatie, trpělivost, ochota tolerovat určité nedostatky atd.

V našich kulturně historických podmínkách jsou postoje k nemocným a postiženým silně ovlivněny vzestupem prestiže medicíny. Často se od ní očekává pomoc pro nemocné a postižené i v takových oblastech, kde by bylo vhodnější spíše řešení pedagogické, psychologické či sociální. Důraz na lékařské řešení vede k individualizaci problému zdravotního postižení, a k postoji, že se tento problém netýká společnosti, ale spíše jednotlivce. Tento postoj společnost přijímá, neboť ji zbavuje spoluzodpovědnosti a umožňuje postižené i nemocné izolovat do speciálních zařízení. Důsledkem toho je však omezení vzájemného kontaktu a ztráta možnosti získat zkušenosti a informace s postiženými lidmi.

1.4 Historie péče o osoby s postižením

Přítomnost osob nějakým způsobem handicapovaných nacházíme v každé době a v každém lidském společenství. S postižením se mohli narodit, nebo ho mohli získat následkem závažného onemocnění či úrazu. Náznaky pomoci a péče o jedince s postižením jsou známy odnepaměti, i když byla období, kdy vztah vůči těmto osobám byl rozporuplný a negativní. Spolu s výskytem různých nemocí a postižení se objevovala potřeba a snaha tyto nemoci léčit a napravovat vady. Pokud nebyla léčba ani náprava možná, nastupovaly alespoň pokusy zabránit zhoršování zdravotního stavu nemocného, a také snaha zajistit co možná nejvyšší kvalitu života. (Slowík, 2007)

Nyní se budeme věnovat charakteristickým a převládajícím tendencím v postojích společnosti ke znevýhodněným jedincům či skupinám v konkrétních etapách dějin, tak jak je popsal Titzl (2000).

Represivní přístup

Tímto přístupem byla známá například starověká Sparta, kde likvidace handicapovaných jedinců (slabých dětí), případně tvrdá represivní opatření vůči takovým lidem (zneužívání, zotročování) byly jevy velmi rozšířené. Nemůžeme však tuto realitu odůvodnit evolučně nižší sociální vyspělostí populace, neboť v některých dochovaných dokumentech (Mezopotámie, Řecko, Řím) se vyskytují velmi přísná opatření, která zaručují různě postiženým osobám povinnou ochranu a péči. Netýká se to pouze pomoci jejich rodinných příslušníků, ale v případě potřeby i obce a státu. Archeologické nálezy dokládají, že i ve starověku přežívali osoby velmi těžce postižené, dokonce se dochovaly důkazy vážných lékařských zákroků.

Charitativní přístup

Tento přístup je typický zejména pro křesťanský středověk, kdy především církev ve spojení se státem prosazuje ochranný postoj vůči nemocným. V té době existovaly dokonce řeholní řády, které se úzce orientovaly na péči o potřebné, zakládaly klášterní špitály, hospice atd. Nezávisle na tom, že úroveň péče a pomoci byla různá, stejně jako přístup pečujících osob, rozhodně se projevil tento přístup pozitivně v postojích společnosti k handicapovaným lidem.

Humanistický přístup

Středověk ovládala myšlenka povznést se nad všechna utrpení, spojená s tělesnou schránkou, která je pomíjivá a vírou v naději na budoucí věčný život. Oproti tomu novověk zdůrazňuje dříve opomíjené tělesné stránky člověka, a s velkým zaujetím zkoumá tělesné struktury a funkce. S rozvojem vědeckého poznání, především medicíny se rozbíhá přímo cílená péče o handicapované osoby, specializovaná podle konkrétního postižení u daného jedince. **Osobnost člověka je posuzována v komplexu složky fyzické, psychické, duchovní i sociální.** Toto období je spojeno s rozsáhlým zakládáním institucí zaměřených na pomoc a péči o osoby s různým postižením. Mnohá zařízení existují v původním místě, jen ve zcela jiné podobě, dodnes.

Rehabilitační přístup

Přelom 19. a 20. století byl charakteristický propojováním léčby s výchovou a vzděláváním. Snaha o „znovu-uschopnění“ handicapovaného člověka pro život v běžné společnosti byla pokroková, ale měla i své stinné stránky. Titzl (2000) tím myslel, že kdo není schopen znovu nabýt potřebných schopností v očekávané míře a za určitou dobu, velmi často se stává objektem institucionální péče. V období 2. poloviny 20. století tyto různě postižené lidi naše majoritní společnost cíleně a programově segregovala. V postojích starších generací se objevují následky tohoto přístupu dodnes.

Preventivně-integrační přístup

Po 2. světové válce se ve vyspělých zemích soustředila pozornost na prevenci vzniku postižení, včetně snahy zabránit riziku narození dítěte s vrozenou vadou nebo poruchou. Postupně se začínaly hledat cesty k maximální integraci znevýhodněných osob do většinové společnosti. U nás jsou tyto tendence nejvýraznější až od počátku 90. let minulého století. Současně se objevuje řada eticky citlivých otázek, jako je genetické inženýrství a interrupce, nepřipravenost většinové společnosti na přijetí lidí s postižením.

Inkluzivní přístup

Posledním v řadě je přístup, který je charakteristický přirozeným začleňováním handicapovaných osob do běžné společnosti, tj. jejich nevyčleňováním. Ve výchově a vzdělávání, v pracovním či společenském začleňování postižených osob jsou preferovány spíše běžné postupy, v závislosti na možnostech konkrétních osob a na

konkrétní situaci. Čeká nás relativně dlouhá budoucnost, kdy se obě skupiny tj. nepostižení s postiženými, musí aktivně učit společnému soužití.

„Projevy všech v minulosti převládajících přístupů společnosti k lidem s postižením můžeme zaznamenávat samozřejmě i v dnešní době. Řadu typicky represivních prvků (i když někdy ve skrývané podobě) nacházíme např. v oblasti pracovního uplatnění těchto osob (tvoří část populace s mimořádně vysokou mírou nezaměstnanosti a vysokým rizikem pracovní diskriminace). Charitativní atmosféru zase navozují např. populární benefiční koncerty a další tradiční akce nebo pořady doprovázené sbírkami na pomoc a podporu zlepšování kvality života handicapovaných osob. Nejsilněji se moderní pohledy obracejí k humanistickému přístupu, který akcentuje u postiženého člověka jeho lidskou důstojnost a individualitu.“

(Slowík, 2007, s.15)

Titzl (in Vojtko, 2005) říká, že nemůžeme počítat s tím, že by společnost ve vztahu k postiženým nějak podstatně mravně vyspěla. Tvrdí, že ke skutečně ucelenému a fungujícímu systému rehabilitace a socializace zdravotně postižených osob máme stále ještě velmi daleko. Považuje za neobjektivnější popis vývoje vztahu společnosti k postiženým na institucionálním vývoji. Rozlišuje tyto stádia:

✓ **stadium předinstitucionální;**

✓ **stadium institucionální;**

- a) instituce nejsou rozčleněny dle cílových skupin a mají azylový charakter;
- b) instituce jsou již rozčleněny dle cílových skupin a mají výchovný či léčebný charakter;
- c) tendence k odklonu od speciálních institucí k podpoře života postižených v neústavním prostředí.

Dle jeho názoru probíhá vztah většiny nepostižených k menšině postižených ve dvou úrovních, tj. uvnitř každého jednotlivce a uvnitř společnosti v každé etapě jejího vývoje.

K tomu, jakou variantu chování lidstvo volí, zda převažuje egoistická či altruistická varianta Titzl (2005, in Vojtko, s. 11) uvádí: *„obě tyto varianty existují vedle sebe. Jakmile se však jen na okamžik přestane v kultivaci vztahu silnějších k slabším, vynoří se vzorce jednání, které bychom velice rádi považovali za dávno překonané. Tento svár nesený lidmi minulých generací dospěl až k nám a my je předáme svým následovníkům, aby dál procházel dějinami“.*

1.5 Příčiny vzniku poruch, vad, postižení a handicapů

Obor, který se zabývá zkoumáním vnitřních i zevních příčin vzniku poruch a vad se nazývá **etiologie**. Tento obor je velmi důležitý, neboť nám pomůže najít konkrétní formy prevence vzniku jednotlivých vad a poruch, správně aplikovat terapii a nápravu. V dobách dávno minulých se k příčinám vzniku vrozených vad a poruch řadily často tajemné důvody, např. zásah nadpřirozených sil, trest za hříchy předků, znamení osudu aj. Ani v současné době se však nedaří přesně určit příčiny postižení. Mnoho postižení je způsobeno kombinací několika příčinných souvislostí, tzv. **multifaktoriální etiologie**. Faktory, které způsobují vznik poruch a vad mohou vyvolávat širokou škálu projevů. Jednotlivé vady jsou u každého jednotlivce různě závažné, mohou vzniknout i v různém životním období. Největší riziko poškození hrozí vždy v tom vývojovém období, které je pro určitý orgán nejvíce dynamické. **Za nejrizikovější je považováno období perinatální – tj. samotný porod a období krátce před ním a po něm.** K nejčastějším příčinám vzniku postižení v tomto období patří novorozenecké infekce, porodní komplikace, drobné nebo závažnější poškození mozku způsobené mechanickým pohmožděním hlavičky, omezení přístupu kyslíku k mozku dítěte apod. (Slowík, 2007)

Tabulka č. 1 Klasifikace příčin vzniku vad a poruch

Exogenní (vnější) faktory	
prenatální	<ul style="list-style-type: none">• všechny faktory negativně ovlivňující vývoj jedince v období od početí do porodu, zejména vlivy:• fyzikální (úraz, škodlivé záření atd.)• chemické (působení jedů, některých léků, drog)• nutriční (nesprávná výživa)• biologické (virové a bakteriální infekce)• psychické a sociální (stres, sociálně patologické prostředí)
perinatální	<p>všechny negativní a rizikové okolnosti probíhající při porodu nebo v období krátce po narození:</p> <ul style="list-style-type: none">• mechanické poškození plodu• nedostatek kyslíku (hypoxie, asfyxie)• infekce• jiné komplikace

postnatální	všechny reálně možné příčiny vzniku vad a poruch v období po narození – jde o stejně negativní vlivy jako v prenatálním období, které však už působí na organismus jedince přímo (nikoli skrze organismus matky)
Endogenní (vnitřní faktory)	
genetické	<ul style="list-style-type: none"> • chromozomální aberace (poškození chromozomální výbavy nezávisle na dědičných vlivech – např. Downův syndrom) • genové mutace (dědičně přenosná změna genetických informací; vady mohou být dědičné autozomálně – např. fenylketonurie, nebo vázané na pohlaví – např. daltonismus)
ostatní	<ul style="list-style-type: none"> • dispozice (většinou dědičné, projeví se však pouze při výskytu určitého spouštěcího vlivu) • změněná reaktivita (změna citlivosti jedince na běžné podněty – např. alergie, anafylaxe, astma) • problémy imunity (celkově snížená obranyschopnost organismu)

Zdroj: (Slowík, 2007)

Z výsledků šetření Českého statistického úřadu provedeného v roce 2007 vyplývá odhad, že v České republice žije 1 015 548 tisíc osob se zdravotním postižením. Jejich podíl tvoří celkově 9,87% populace ČR. Zpráva dále obsahuje, že podíl žen z celkového počtu 1 015 548 osob se zdravotním postižením je nepatrně vyšší, než u mužů, a tvoří 52%. Pro porovnání v dokumentu „Zpráva o situaci zdravotně postižených“ ze dne 14.1.1992, kterou zpracoval Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, konkrétně Ing. Jaroslav Hrubý, CSc. se uvádí, že odhad v roce 1992 činil 1 000 000 občanů se zdravotním postižením, z toho asi 400 000 občanů bylo postižených těžce. V roce 2007 činil tento odhad 440 494 občanů (viz níže). V šetření je rozlišeno šest základních typů zdravotního postižení dále členěných do šesti kategorií dle věku, údaje jsou vždy zvlášť pro muže i ženy. Zde uvádíme celkové počty mužů a žen podle typu zdravotního postižení ve všech věkových kategoriích (ČSÚ, 2008):

- ✓ 550 407 osob tělesně postižených,
- ✓ 87 439 osob zrakově postižených,
- ✓ 74 700 osob sluchově postižených,
- ✓ 106 699 osob mentálně postižených,

- ✓ 128 065 osob s duševním postižením,
- ✓ 571 734 osob s vnitřním onemocněním.

Do tzv. vnitřních onemocnění se řadí nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. Z výčtu vyplývá, že k nejčastějším typům postižení u obyvatel České republiky patří právě onemocnění vnitřních orgánů. Na druhém místě je následují nemoci pohybového ústrojí. Třetí místo obsadilo duševní onemocnění.

Dle míry závažnosti zdravotního postižení šetření uvádí v celkovém počtu mužů a žen následující údaje (ČSÚ, 2008):

- ✓ 486 302 osob s lehkým postižením,
- ✓ 768 473 se středně těžkým postižením,
- ✓ 440 494 s těžkým postižením,
- ✓ 135 691 s velmi těžkým postižením,
- ✓ 7 042 neuvedeno.

Nejvyšší průměrná míra postižení byla zaznamenána u lidí s mentálním postižením. V rámci šetření Českého statistického úřadu byla zjišťována u osob se zdravotním postižením i vzdělanostní úroveň, rodinný stav, bydlení, ekonomická aktivita atd. Pro účely naší práce je však nepovažujeme za podstatné.

Pro potřeby této práce budeme využívat klasifikaci druhů postižení dle rozdělení oborů speciální pedagogiky, tzv. pédií, a proto jsou uvedené výsledky vzhledem k pojetí práce pouze ilustrativní, neboť doc. Hrubý ve Zprávě o situaci zdravotně postižených ze dne 14.1.1992 i Český statistický úřad ve svých šetřeních využívají jiné definice pojmu osoba se zdravotním postižením.

1.6 Socializace a sociální integrace jedinců s postižením

Dle Novosada (2006, s. 18) „*pojmem **sociální integrace** označujeme proces rovnoprávného společenského začleňování minoritních skupin (jako jsou např. etnické a národnostní skupiny, zdravotně postižení a staří občané, sociálně nepřízpůsobilí lidé) do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti.*“

Slowík (2007) píše, že handicapovaný člověk se do lidského společenství potřebuje integrovat v řadě oblastí. Patří sem **školská integrace** (individuální zařazování dětí s handicapem do běžných tříd nebo zřizování speciálních tříd v běžných školách), **pracovní integrace** (zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností, podporované

zaměstnávání znevýhodněných osob), **společenská integrace** (bezbariérové bydlení a společenské prostředí, sociální pomoc a podpora nezávislého způsobu života osob s handicapem).

Integrace je v kontextu péče o člověka a jeho rozvoj nejvyšším stupněm socializace jedince. Jedná se o schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje. Na této schopnosti se podílí více faktorů, např. individuální odlišnosti každého jedince, objektivní aspekty dané stavem společnosti atd. Z toho plyne, že míra socializace nebude nikdy u všech jedinců s postižením stejná. Novosad (2006) uvádí tyto **čtyři základní stupně socializačního procesu**:

Integrace

Integrace je plné začlenění a splynutí jedince s postižením se společností. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, který nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Jedná se o osobu, která se plně vyrovnala s postižením a jeho následky dokázala odpovídajícím způsobem kompenzovat. Taková to osoba je rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech profesní přípravy, pracovního uplatnění i společenského života. Úspěšná integrace se dá předpokládat u lehčích forem postižení, u některých chronických chorob. V případě získaného postižení v těch případech, kdy již měl jedinec vytvořené přijatelné sociální vztahy.

Adaptace

Adaptace je nižší fáze socializace. Je charakterizována jako schopnost jedince s handicapem přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám. Záleží zde na osobnosti jedince, na jeho schopnostech a potřebách, na jeho včlenění mezi ostatní zdravé i postižené lidi, aby byl přijat prostředím, ve kterém žije trvale či dočasně. Adaptace lze dosáhnout u defektů těžšího typu, ke kterým patří smyslové vady (slepota, hluchoněmost), komplikované defekty mobility (spasticita, kvadruparéza, nebo para až kvadruplegie, oboustranné amputace apod.), autismus, lehká mentální retardace, interní nemoci (srdeční vady, epilepsie, astma atd.). Vzhledem k tomu, že tato postižení působí postiženým výraznější obtíže, dochází k problémům ve výchovném i socializačním procesu, často znesnadňuje společenské i pracovní uplatnění jedince s postižením.

Utilita

Utilita označuje jen „sociální upotřebitelnost jedince s postižením“. Patří sem například kombinované vady (mentální a tělesné). Tento jedinec není samostatný a je v mnoha oblastech závislý na jiných lidech. Ani přes plnou terapeutickou péči se nemůže tento jedinec, vzhledem ke svému postižení, zcela socializovat a žít trvale samostatně.

Inferiorita

Inferiorita je nejnižší stupeň socializace, která je typická sociální nepoužitelností a vyčleněním (úplnou izolací) ze společnosti. Tyto osoby jsou naprosto nesamostatné, plně odkázané na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování základních životních potřeb. U inferiority, se na rozdíl od předchozích 3 stupňů socializace, sociální vztahy nevytvářejí vůbec, a proto dochází k segregaci a vyloučení ze společnosti.

Novosad (2006) upozorňuje, že všechny tyto stupně socializace lze považovat pouze za *rámcové*. Dva jedinci se stejným typem postižení nemusejí dosáhnout stejného stupně socializace. Záleží na okolnostech, rodině, osobnostních předpokladech jedince, na včasnosti a adekvátnosti poskytnuté pomoci. Významným problémem je také **sociální izolace**, která ohrožuje právě handicapované jedince. Nástrojem pro překonání sociální izolace je např. multikulturní výchova, která pomáhá porozumění, komunikaci a vzájemnému akceptování osobností, hodnot, kultury a postojů mezi většinovou společností, a v našem případě zdravotně a sociálně handicapovanými jedinci.

2 Jednotlivé druhy postižení a jejich charakteristika

Úvodem by bylo jistě vhodné vysvětlit, jaký je rozdíl mezi zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním.

Dle Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním a středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění, se za **zdravotní postižení** považuje „*mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.*“

Zdravotní znevýhodnění týž zákon definuje jako „*zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.*“

Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, se za **osoby se zdravotním postižením** považují „*fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"), orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni, rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné").*“

Tento zákon dále považuje za **zdravotně znevýhodněnou osobu**, „*fyzickou osobu, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.*“

„*Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění.*“

Handicap je mezinárodně uznávaný termín. Dle Slowíka (2007, s. 27) se „*handicap (znevýhodnění) projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.*“

U každého člověka s postižením je míra handicapu velmi individuální. Závisí mimo jiné na druhu a stupni postižení, době jeho vzniku, včasnosti a kvalitě péče, osobnostních vlastnostech jedince, a také na prosociálním přístupu společnosti. Za určitých podmínek může být jedinec s určitým druhem postižení v jistém společenském prostředí handicapován více, než v jiném. Handicap je tedy úzce vázán na sociální existenci člověka ve společnosti.

Novosad (2002, s. 12-13) hovoří o tom, že „*jedinec s nějakou poruchou či nějakým postižením není automaticky handicapován – znevýhodněn, ke znevýhodnění dochází až následně – tehdy, když má jedinec redukován přístup k životním příležitostem, nemůže uspokojovat své lidsky přirozené potřeby přiměřeným způsobem a k jeho seberealizaci, socializaci a pracovnímu i společenskému uplatnění přistupuje společnost pod optikou stigma, akcentujícího odlišnost a nedostačivost jedince.*“

2.1 Tělesné postižení

K dílčí disciplíně speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob, jež mají fyzický (tělesný) handicap, nebo jsou nemocní, zdravotně oslabení patří **somatopedie**. Z řeckého *sóma* = tělo; *paideia* = výchova.

Postižení dělíme dle Opařilové a Zámečnickové (2007) takto:

Podle doby vzniku na vady:

- ✓ **vrozené** - podle výzkumů má u nás skoro každé 25. dítě vrozenou vadu. Jsou to vady vážnějšího charakteru, ale i takové, které nemají zásadní vliv na kvalitu života postiženého. Dále se uvádí, že za posledních 30 let počet vrozených vad vzrostl téměř třikrát. Je to ovlivněno spíše tím, že lékaři evidují i další vady. Příčiny vzniku vad jsem popisovala již v předchozích kapitolách.

- ✓ **získané;**

Dle místa postižení dělíme vady na:

- ✓ **obrný** – týkají se centrální a periferní nervové soustavy a projevují se poruchou hybnosti. Na základě rozsahu poruchy motorické inervace se rozlišují: **parézy** (částečné poruchy hybnosti) a **plegie** (úplná ztráta hybnosti). Jako příklad centrálních obrn, kdy je zasažen *mozek*, uvedeme např. dětskou mozkovou obrnu, dětskou obrnu (poliomyelitis), zánět mozku, mozkové nádory, mozkové příhody (iktus), mozkové embolie atd. K centrálním obrnám, kdy je zasažena *mícha*, patří např. rozštěp páteře (spina bifida), úrazy páteře s následným poraněním míchy apod.

Dělení obsahuje i tzv. **periferní obrný**, které zasahují pouze jednotlivé periferie (končetiny, svaly, obličej) a bývají následkem hlubšího poranění, zánětů, operačních a léčebných poškození, úrazů, otevřených zlomenin atp. **Obrny mohou mít charakter** - *přechodný* (je možná náprava), *částečný* (je možné zlepšení funkčního poškození) a *úplný* (končetina zůstává nehybná, dochází k atrofii motorického svalstva a celkové deformitě končetin).

- ✓ **deformace** – jsou vrozené nebo získané vady, které jsou charakteristické nesprávným tvarem některého orgánu nebo části těla (kostí, svalů). Deformace se člení na **vývojové** např. lebky, hrudníku, kloubů a **získané**, vzniklé následkem úrazu, po zánětlivých onemocněních atd. Rozlišuje se 5 skupin deformací a to: deformace dolních a horních končetin, důsledky abnormálního vývoje nosného

a pohybového aparátu, deformace páteře a hrudníku, další deformace (lebky, obličeje) a jiná zánětlivá a degenerativní poškození pohybového aparátu.

- ✓ **amputace** – je **nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla**. Mohou vzniknout následkem traumatických příčin či následkem chirurgického zásahu (např. u nádorových, cévních, metabolických nebo zánětlivých onemocnění).
- ✓ **malformace** – na rozdíl od amputací se jedná o **vrozenou vývojovou vadu**, pro kterou je typické znetvoření. Vzniká během nitroděložního vývoje zárodku. Pro příklad uvedu rozštěp rtu, agenezi (vrozené nevyvinutí části těla) a aplazii (chybění orgánu).

Vývoj vztahu k tělesně postiženým je závislý na rozvoji společnosti, společenského bytí a vědomí. Vyplývá ze struktury společnosti, stupně myšlení, morálky a norem dané země. (Opařilová, Zámečnicková, 2007)

2.2 Zrakové postižení

Speciálně pedagogickou péčí o osoby se zrakovým postižením se zabývá **oftalmopedie**. Z řeckého *oftalmos* = oko; *paideia* = výchova. Do kategorie zrakově postižených patří samozřejmě i osoby nevidomé. Zde se užívá termínu **tyflopédie**, rovněž z řeckého *tyflos* = slepec; *paideia* = výchova.

Květoňová – Švecová (2000, s. 18) uvádí: „*termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu. Spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech, vrozené či získané anatomicke fyziologické poruchy.*“

Výše uvedená autorka rozlišuje pět skupin poruch zraku:

- ✓ **ztrátu zrakové ostrosti** – tj. nezřetelné vidění, potíže s rozlišováním detailů, potíže s identifikací velkých předmětů se nemusí projevit;
- ✓ **postižení šíře zorného pole** – tj. omezení prostoru, který vidíme. Může se vyskytovat v horním, dolním nebo postranním poli. Takový člověk naráží při pohybu v prostoru do předmětů na straně s výpadkem zrakového pole;
- ✓ **okulomotorické poruchy** – nastávají při vadné koordinaci pohybu očí, projevují se např. tím, že při pohledu na blízký předmět se jedno oko stáčí dovnitř, druhé

vně, nebo se obě asymetricky stáčíjí dovnitř. Důsledkem jsou obtíže při uchopování předmětů, a s přesně mířenými pohyby atp.;

- ✓ **obtíže se zpracováním zrakových informací** – přestože není poškozena sítnice ani zrakový nerv dochází k problému. Důsledkem je problém s interpretací zrakové informace a jejím propojením s ostatními smyslovými vjemy při tvorbě zrakového obrazu;
- ✓ **poruchy barvocitu.**

Pešatová (2005) uvádí tyto nejčastější druhy zrakových vad:

- ✓ **poruchy ostrosti vidění** – refrakční vady (krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus);
- ✓ **poruchy zrakového čítí** – barvoslepost a šeroslepost;
- ✓ **choroby způsobující slepotu** – šedý a zelený zákal (glaukom);
- ✓ **poruchy binokulárního vidění** – tupozrakost a šilhavost.

Podle míry poklesu zrakové ostrosti a zúžení zorného pole rozlišujeme slabozrakost

a nevidomost. Obě vady definuje Květoňová – Švecová (2000, s. 19) takto:

- ✓ **Slabozrakost** – „*ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně*“. Vada je dělena z praktického hlediska do tří stupňů - lehká, střední a těžká;
- ✓ **Nevidomost** – „*je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit. Kdy lze rozlišovat nevidomost praktickou, pokles zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 včetně nebo je poškozeno zorné pole, kdy je zachována percepce v intervalu 5 až 10 stupňů. Skutečná nevidomost nastává při poklesu centrální zrakové ostrosti pod 1/60, což představuje zachovalý světlocit, případně zachovalé zorné pole v rozsahu 5 stupňů a méně. Totální slepota představuje zachovalý světlocit s chybnou projekcí až po ztrátu světlocitu.*“

Dle Vágnerové (2004) závažné zrakové postižení omezuje možnost získat všechny důležité sociální zkušenosti, a zabraňuje postiženému naučit se reagovat požadovaným způsobem. Ti, co tuto zkušenost nemají, se často chovají odlišně a působí na své okolí jako méně kompetentní. U ostatních může nevidomý člověk vyvolávat jiné, někdy až negativní reakce, mohou se k němu chovat nestandardním způsobem a zpětně posilovat jeho odlišné chování.

2.3 Sluchové postižení

Speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem jedinců se sluchovým postižením se nazývá **surdopedie**. Název pochází z latinského *surdus* = hluchý, z řeckého *paideia* = výchova.

*„Označení sluchově postižení se týká velmi nehomogenní skupiny osob, která je diverzifikována především stupněm a druhem sluchového postižení. Termín zahrnuje tyto základní kategorie osob: **neslyšící, nedoslýchaví, ohluchlí**.“* (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007, s. 84)

Všechny z uvedených kategorií jsou rozdílné kvalitou a jsou omezovány dalšími faktory, např. kvalitou a kvantitou sluchového postižení, věkem, kdy k postižení došlo, mentální dispozicí jedince, a taky péčí, která mu byla věnována. V mnoha případech mají tyto osoby i přidružená postižení, např. zrakové, mentální, somatické atp.

Sluchové poruchy se dělí podle mnoha kritérií. Pro jejich vymezení slouží tato hlediska: (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007)

- ✓ **místo vzniku postižení** – podle lokalizace vzniku postižení se rozlišují **dvě základní skupiny** sluchových vad – **převodní porucha**, kdy jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, neboť se zastaví přerušením vedení zvuku skrz zevní zvukovod a střední ucho. Příčinou může být např. zvětšená nosní mandle. Další z této skupiny je **percepční porucha**, při které dochází k poruše vnitřního ucha, sluchových buněk nebo sluchových nervů. Těchto poruch je mnohem více než převodních a jsou závažnějším problémem diagnostickým i léčebným. Existuje i tzv. **smíšená porucha**, která vzniká kombinací převodní a percepční poruchy.
- ✓ **období vzniku postižení:**

Endogenní faktory:

- **vrozené vady sluchu** – nedoslýchavost se může postupně zhoršovat a přejít v hluchotu;
- **geneticky podmíněné** – existuje asi 30 genů, u kterých se předpokládá, že ovlivňují vrozený stav sluchu.

Exogenní faktory:

- **prenatální období** – tyto vady způsobují nemoci matky v průběhu těhotenství, zejména v prvních třech měsících, např. spalničky, toxoplazmóza, zarděnky, RTG záření;
- **perinatální období** – do této skupiny patří protražovaný porod, nízká porodní hmotnost, Rh inkompatibilita, asfyxie, poporodní žloutenka atp.
- **postnatální období** – zde je důležité, zda byla vada získána **před fixací řeči** (**prelingválně**, tj. do 6. roku života dítěte) a nebo **po fixaci řeči** (**postlingválně**, tj. po 6. roce života a v průběhu života). Vada sluchu získaná před fixací řeči je závažnější, neboť má dopad na komunikační možnosti, nejen, že se řeč nevyvíjí, ale rozpadají se i získané řečové stereotypy. K příčinám patří infekční choroby virového charakteru, např. zánět mozkových blan, příušnice, spalničky, spála, zarděnky, traumata, úrazy hlavy atp.

Třetím a posledním kritériem je členění dle **stupně postižení** - měří se v dB (decibel), viz tabulka.

Tabulka č. 2: Klasifikace sluchových vad – jednotlivé kategorie ztráty sluchu

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu	Název kategorie podle vyhl. MPSV č. 284/1995 Sb.
0-25 dB	Normální sluch	
26-40 dB	Lehká nedoslýchavost	Lehká nedoslýchavost (již od 20 dB)
41-55 dB	Střední nedoslýchavost	Středně těžká nedoslýchavost
56-70 dB	Středně těžké poškození sluchu	Těžká nedoslýchavost
71-90 dB	Těžké poškození sluchu	Praktická hluchota
Více než 90 dB	Velmi závažné poškození sluchu	Úplná hluchota
V audiogramu nejsou žádné body nad 1 kHz	Neslyšící	Úplná hluchota

Zdroj: (Hrubý, 1996)

Sluchově postižení jsou snadno dezorientováni, neboť všemu nerozumějí. Jejich chování se často vyznačuje zvláštnostmi, které vyplývají z obtíží v porozumění, jak verbálnímu sdělení, tak vysvětlení obecných pravidel chování, vymezení sociálních rolí atp. Nemohou tak vždycky pochopit, jaké chování je žádoucí, co je zakázáno a co je dovoleno. Mají problémy s pochopením významu různých situací, hůře se orientují

v mezilidských vztazích. Mohou být i méně empatičtí, mají problémy s pochopením pocitů jiných lidí, jejich názorů a postojů. Někdy se objevují i zlostné a výbušné reakce, které vyplývají ze stresu navozeného obtížností porozumění. Sluchově postižení bývají ve větší míře sociálně izolováni. (Vágnerová, 2004)

2.4 Vady řeči

Oborem speciální pedagogiky, který se formoval ve dvacátých letech 20. století, a zabývá se problematikou narušení komunikační schopnosti u všech věkových kategorií – dětí, adolescentů, dospělých i lidí ve stáří, se nazývá **logopedie**. Z řeckého *logos* – slovo; *paideia* – výchova.

Na vývoj řeči dítěte může mít vliv i nepodnětné a nestimulující prostředí. „Narušení komunikační schopnosti mohou způsobit **vývojové odchylky**, příčinou narušení je **poškození centrální nervové soustavy** v období prenatálním (období vývoje plodu, období intrauterinní), v období perinatálním (okolo porodu) i postnatálním (v časném období po narození dítěte), ale také v průběhu dalšího života, ve všech obdobích od dětství až po stáří.“ (Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007, s.37)

K dalším příčinám výše uvedené autorky řadí: *genové mutace, aberace chromozomů, poškození receptorů* (zrakového a sluchového analyzátoru), *poškození efektorů* (řečových orgánů). Komunikační schopnosti mohou být narušeny i na podkladě *orgánového poškození* a nebo bez orgánového poškození, kdy je příčina vzniku ve funkci orgánu.

Určit příčinu vzniku komunikačních schopností je velmi složité. Jednoduché není ani dělení narušených komunikačních schopností, neboť na ně může být nahlíženo z různých hledisek. Například zda se jedná o narušení orgánové či funkční, zda je úplné či parciální, zda je narušení hlavním projevem nebo pouze symptomem jiného postižení atp.

Lechta (1990, 2003, in Bytešníková, Horáková, Klenková, 2007) **dělí narušenou komunikační schopnost právě dle symptomů do těchto deseti kategorií:**

- ✓ **vývojová nemluvnost** (vývojová dysfázie)
- ✓ **získaná orgánová nemluvnost** (afázie)
- ✓ **získaná psychogenní nemluvnost** (mutismus)
- ✓ **narušení zvuku řeči** (rinolalie, palatolalie)

- ✓ **narušení fluence** (plynulosti) **řeči** (balbuties)
- ✓ **narušení článkování řeči** (dyslalie, dysartrie)
- ✓ **narušení grafické stránky řeči**
- ✓ **symptomatické poruchy řeči**
- ✓ **poruchy hlasu**
- ✓ **kombinované vady a poruchy řeči.**

Nyní se vrátíme k vysvětlení několika specifických vývojových poruch řeči, tak jak je popisuje Vágnerová (2004).

Vývojová dysfázie – projevuje se závažným opožděním a narušením rozvoje řečových funkcí. Často bývá spojena s dalšími vývojovými poruchami, např. s lehkou mentální retardací, poruchami učení atd. Častěji jsou postiženi chlapci, jako důvod se uvádí hormonálně pomalejší dozrávání mozku, zejména levé hemisféry. Dělí se ještě dále na **expresivní vývojovou dysfázii**, kdy je postižena aktivní složka řeči, což se projevuje malou slovní zásobou, používáním nápadně krátkých vět s chybami ve větné skladbě, nejsou správně používána gramatická pravidla. **Receptivní vývojová dysfázie** se týká postižení porozumění řeči.

Afázie – je to získané organické narušení komunikační schopnosti. Nejčastější příčinou vzniku jsou cévní mozkové příhody, úrazy mozku, mozkové nádory, záněty mozku a mozkových blan, intoxikace centrální nervové soustavy toxickými látkami. Projevuje se různě podle místa a rozsahu poškození mozku. U afázie dochází nejen k narušení komunikačních schopností, ale i celé psychické, emocionální a volní sféry postiženého člověka.

Mutismus – zde se nejedná o primární postižení řeči, ale o poruchu v jejím užívání. Tyto potíže se mohou vyskytovat u dětí např. při nástupu do mateřské nebo základní školy, tj. při zásadní změně prostředí. Někdy může být způsoben i traumatickým zážitkem.

Rinolalie (huhňavost) – jedná se o tzv. nosovost. Příčinou vzniku může být zduřelá sliznice v dutině nosní a nosohltanové, organické změny v dutině nosní, polypy, vrozené anatomické změny atp.

Palatolalie – jedná se o narušení komunikační schopnosti na základě orofacionálního rozštěpu (dutiny ústní a tváře), které vznikají ve 4.-9. týdnu nitroděložního vývoje. Projevuje se zvýšenou a deformovanou nosovostí, tzv. otevřená huhňavost, poruchou artikulace, narušeným nonverbálním chováním. U dětí dochází k opožděnému vývoji řeči, poruchám sluchu a může být deformován i hlas.

Balbuties (kóktavost) – jedná se o narušení plynulosti mluveného projevu. Projevuje se křečovitým vyražením, opakováním a protahováním hlásek, slabik či slov, neschopností ovládat a kontrolovat mluvní produkci, koordinovat dýchání s řečí. Mnohdy přetrvávají tyto problémy jen po dobu několika měsíců a postupně se upraví.

Dyslalie – neboli patlavost, se projevuje chybnou výslovností některých hlásek, zejména těch, které jsou artikulačně náročné, tj. vyžadují přesnější koordinaci mluvidel. Jedná se především o **r,ř,l,k** a **sykavky**. Často dítě nahrazuje tyto hlásky jinými nebo je vynechá, v důsledku toho je pak řečový projev nesrozumitelný. Do 5 let věku dítěte jsou považovány tyto problémy za vývojově podmíněné a přechodné. Pokud přetrvávají delší dobu, je třeba vyhledat péči logopeda.

„Lidé s postižením řeči bývají sociálně stigmatizováni. Mohou být hůře hodnoceni, odmítáni, mohou mít problémy v sociálním uplatnění, jejich projev je nápadný, upoutává nežádoucí pozornost a někdy vyvolává i posměch. Bývají příčinou generalizovaně negativního hodnocení jako člověka méně inteligentního.“ (Vágnerová, 2004, s. 247-248)

Nelze opomenout i problémy ve vzájemné komunikaci. Rozhovor s člověkem s poruchou řeči, vyvolává napětí a nepříjemné pocity nejen u něho, ale i u partnera v komunikaci. Obtížnost vzájemného porozumění vyvolává stres, nejistotu, zda partner sdělení porozuměl, často vede i k odmítání kontaktu nebo jeho minimalizaci.

2.5 Poruchy chování

Dílejší disciplínou speciální pedagogiky, která se zabývá postižením zákonitostí výchovy, vzdělávání, ale i terapií a korekcí vzorců chování jedinců, kteří jsou mravně narušeni, trpí poruchami chování a mají problémy v sociálních vztazích se nazývá **etopedie**. Z řeckého *ethos* = mrav; *paideia* = výchova.

Dle Vágnerové (2004, s. 779) lze poruchy chování „*charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností.*“

Jako obecné znaky poruch chování vymezuje:

- ✓ **nerespektování platné společenské normy** – jen v případě, kdy jedinec normy a pravidla chápe, ale nechce je akceptovat, nebo se jimi řídit, můžeme mluvit

o poruše chování. Jestliže je jedinec mentálně retardovaný, není schopen pochopit význam norem a nejedná se tedy o poruchu chování;

- ✓ **neschopnost navazovat a udržet přijatelné sociální vztahy;**
- ✓ **bezohlednost vůči okolí, zaměřenost pouze na uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na druhé;**
- ✓ **chybějící svědomí a pocit viny.**

Poruchy chování je možné třídit dle různých způsobů. Mezi tyto klasifikace patří dělení podle (Fischer, Škoda, 2008):

✓ **Stupně nebezpečnosti pro společnost:**

- ***disociální poruchy chování*** – jedná se o nespolečenské, nepřiměřené způsoby chování. Nejsou pro společnost závažné, ale může se jednat o signál dalšího negativního vývoje jedince. Dají se zvládnout běžnými pedagogickými prostředky. Patří sem např. lhaní, vzdorovitost, zlozvyky;
- ***asociální poruchy chování*** – zde se jedná již o závažné poruchy chování, které jsou nebezpečné pro společnost. Jedná se o výrazné odchylky od normy, které již nelze zvládnout běžnými prostředky, je nutná intervence speciálních pedagogů, psychologů a speciálních institucí (poradny, léčebny). Charakter těchto poruch je trvalejší a často přechází v závažnější formy. Lze sem zařadit např. záškoláctví, útek, závislost a zneužívání psychoaktivních látek;
- ***antisociální poruchy chování*** – způsoby chování nesou vysokou míru společenské závažnosti a nebezpečnosti. Jedná se o činy protispolečensky zaměřené, které jsou spojeny s následnou sankcí. Náprava je realizována již ve specializovaných zařízeních. V případě školské soustavy se jedná o ústavní ochrannou výchovu, později se jedná o věznice. Do této kategorie patří kriminalita a delikvence.

Další variantou je členění dle Vágnerové (2004) na poruchy:

✓ **neagresivní:**

- ***lhaní*** – zde je třeba odlišovat rozdíl mezi *pravou lží*, kdy je zjevný úmysl a vědomí nepravdivosti, a *bájevou lhavostí*, kdy dítě uspokojuje na symbolické úrovni ty potřeby, které nemůže v současné době naplnit, nejedná se o poruchu chování. Důležitá je také frekvence lhaní a její účel;

- **záškoláctví** – může být spojováno s negativním postojem ke škole, ale také reakcí na školní selhání. Je důležité zjistit příčinu útěku ze školy. Důležitým faktorem je četnost záškoláctví, míra plánovitosti a způsob provedení;
- **útěky a toulání** – útěk může být reakcí na nezvládnutou situaci ve škole či doma, smyslem může být potřeba uniknout před trestem, nebo od konkrétní osoby. Může být signálem zoufalství a zároveň varováním. Toulání je charakteristické dlouhotrvajícím opuštěním domova, často se pojí s dalšími variantami poruchového chování (krádeže, prostituce, drogy atd.) Toulání ukazuje na nedostatečnou citovou vazbu k lidem a k zázemí, které může být dysfunkční.
- ✓ **agresivní:**
 - **šikana** – jedná se o násilné ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který se nemůže bránit nebo ze situace uniknout, jedná se o závažnou agresivní poruchu chování, jedná se o projev zneužití a postavení moci;
 - **vandalismus**
 - **rvačky a jiné násilnosti.**

„Poruchy chování lze označit za takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nechtěné, nežádoucí nebo až nepřijatelné. Příčiny poruch chování jsou multifaktoriální, toto jednání je výsledkem působení řady různých vnitřních a vnějších faktorů, které působí v inkriminovaném čase ve vzájemné interakci.“
(Fischer, Škoda, 2008, s.141-142)

Pro účinnost pedagogické, etopedické, výchovné a terapeutické práce je nezbytná znalost příčin poruch chování a typických vlastností jeho nositelů.

2.6 Mentální postižení

Speciální pedagogická disciplína, která se zabývá problematikou edukace, podpory a poskytování služeb osobám s mentálním postižením v jednotlivých fázích jejich života se nazývá **psychopedie**. Z řeckého slova *psyché* = duše a *paideia* = výchova.

Vágnerová (2004, s. 289) definuje **mentální retardaci** „jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy, přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky.“

Výše uvedená autorka dále uvádí, že mentální retardace je **vrozená**. Dítě se tedy od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. Pozor, často dochází k záměně s demencí, která vzniká později a je typická úbytkem již rozvinutých schopností. Dalším důležitým znakem je, že mentální retardace je **trvalá**, i když je možné určité zlepšení podle etiologie a kvality stimulace. Závažností a příčinou defektu, dále výchovným, výukovým a terapeutickým působením je dána i horní hranice dosažitelného rozvoje.

Zvolský (1996, in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) uvádí jako **nejčastější příčiny vzniku mentální retardace tyto**:

- ✓ **dědičnost** – výslednicí průměru intelektového nadání rodičů jsou intelektové schopnosti dítěte; lehká mentální retardace vzniká převážně v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí;
- ✓ **sociální faktory** – tzn. na snížení intelektových schopností má vliv sociokulturní deprivace v rodině nebo při institucionální výchově. Souvisí s výchovou v nižších sociálních vrstvách, v souvislosti se špatnými materiálními podmínkami, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami. Způsobují lehkou mentální retardaci;
- ✓ **další environmentální faktory** – tato skupina zahrnuje různá onemocnění matky během těhotenství, špatná výživa matky, infekční onemocnění dítěte v novorozeneckém období, úrazy spojené s nitrolebním krvácením, porodní traumata atp. Jsou příčinou lehké a těžší mentální retardace;
- ✓ **specifické genetické příčiny** - dominantně podmíněné, recesivně podmíněné, podmíněné poruchou sexuálních chromozomů, podmíněné chromozomálními aberacemi;
- ✓ **nespecificky podmíněné poruchy** – jedná se o skupinu, kdy nebyla objevena chromozomální ani metabolická vada, nebylo zjištěno porodní trauma a jiné poškození plodu či novorozence, příčina mentální retardace zůstává neobjasněna v 15 až 30% případů.

Tabulka č. 3. Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10).

Kód dle MKN-10	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace (debilita)	50-69
F 71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35-49
F 72	Těžká mentální retardace (idiotie)	20-34
F 73	Hluboká mentální retardace (idiotie)	0-19
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Neurčená mentální retardace	

Zdroj: (Fischer, Škoda, 2008)

Výše uvedené pojmy *debilita*, *imbecilita* a *idiotie* se používaly v dřívější speciálněpedagogické, ale i psychologické a lékařské terminologii, s novým pojetím klasifikace však vymizely. Důvodem bylo i to, že v komunikaci většinové společnosti získaly tyto pojmy pejorativní význam, staly se vlastně hanlivou nadávkou. I dnes se však stává, že někteří lékaři a psychologové tuto terminologickou změnu nerespektují a dodnes ve svých zprávách tyto zastaralé pojmy používají. (Slowík, 2007)

„Pro současný stav je charakteristické, že známe mnoho o příčinách a prevenci mentální retardace, ale zakořeněné společenské zvyklosti, předpojatost a lhostejnost větší části společnosti vede k neustálému odmítání osob s mentální retardací.“
(Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 42)

2.7 Psychiatrické onemocnění

Autorka si je vědoma, že psychiatrické onemocnění nepatří do členění dle oborů speciální pedagogiky, ale vzhledem k tomu, že bylo zahrnuto do dotazníku, rozhodla se mu věnovat i v teoretické části práce.

Lékařský obor, který se zabývá duševními poruchami a poruchami chování se nazývá **psychiatrie**. „Světová zdravotnická organizace definuje psychiatrický případ jako zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků

a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.“ (Mahrová, 2008, s. 69)

Dle MKN-10 (desátá revize, 2. aktualizované vydání z roku 2004 se zapracováním následných aktualizací vydaných WHO a platných k 1.1.2009) patří do duševních poruch a poruch chování tyto: (čerpáno z webových stránek MZČR)

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

Mahrová (2008) uvádí, že příčiny duševního onemocnění mohou být biologické (genetické, vrozené), nebo vznikají na základě psychogenních a sociálních vlivů. Nejčastěji se jedná o spojení více faktorů. Nalézt však tu prvotní příčinu není snadné. U některých onemocnění není stále známo, jakou měrou jsou při svém vzniku podmíněné psychogenně a změny v CNS jsou až sekundární, nebo zda jsou některé změny přítomny již od narození.

Dále uvádí, že každý člověk má nějak silnou osobnost, s určitou mírou zranitelnosti nebo stability. Podle toho pak snáší a zvládá určitou míru stresu. Pokud se jedná o člověka zranitelného, jeho míra stresu, která vyvolává vznik psychopatologických projevů je mnohem nižší než u člověka stabilního. Tento člověk pak selhává v krizových situacích, na rozdíl od stabilního člověka, který snese vysokou míru zátěže a příznaky duševní poruchy se u něho objeví, až při působení silných a kumulovaných stresorů.

Do první kategorie **F00 – F09 organických duševních poruch**, které mají prokazatelný organický základ, patří **demence**.

Dle Venglářové (2007, s. 25-26) je **demence** nejčastější organickou duševní poruchou ve stáří. „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.*“ Nástup této poruchy vypadá zpočátku jako zhoršování psychických funkcí, ale nakonec končí smrtí pacienta. Dochází k postupnému zhoršování výkonu běžných funkcí a postižený člověk se stává závislý na péči a pomoci druhých. Ve většině případů je trvale umístěn do ústavní péče. K diagnostice se běžně používá test Mini-Mental State Examination.

Druhá kategorie **F10 – F19 duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek**, má mnoho společného s depresivním prožíváním. Pro upřesnění sem patří poruchy vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel. Zpočátku je často zneužívání psychoaktivních látek formou obrany před úzkostí. Jedinec touží být nezávislý, ale to ho svede na cestu závislosti. (Mahrová, 2008)

Do třetice tu máme kategorii **F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy**. Vágnerová (2004, s. 333-345) píše, „*schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.*“ Příčina jejího vzniku není přesně určena, vznik ovlivňuje zřejmě komplex faktorů a jejich vzájemné působení. Jedná se tedy o dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny, specifické zkušenosti a jiné vyvolávající podněty. K **pozitivním příznakům**, které se projevují nadměrným vyjádřením standartních funkcí, patří např. bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování atd. **Negativní symptomy** jsou např. výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, abulie, neschopnost cílevědomého jednání atp. Typů schizofrenie je mnoho:

- ✓ **paranoidní** – je charakteristická izolovaným bludem s paranoidním obsahem a halucinacemi;
- ✓ **hebefrenní** – projevuje se jako prohloubená a protrahovaná puberta s podivným způsobem uvažování, nápadným šaškováním a klackovitým chováním neodpovídajícím věku, charakteristickým znakem je porucha myšlení;

- ✓ **katatonní** – je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity, existují 2 formy *produktivní*, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou a *stuporózní* formou, jejíž znakem je zpomalení a útlum veškerých motorických aktivit a ztráta vůle k jakékoliv činnosti;
- ✓ **simplexní** – pro ní je typický časný a plíživý vznik, zpočátku se jeví jako lenost a nepřizpůsobivost, nemocní nerespektují běžné sociální normy, jsou bez zájmu o cokoli, celé dny tráví v nečinnosti, myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence.

„Nejen klienti s duševním onemocněním, ale i pracovníci, kteří jim poskytují pomoc, jsou ve společnosti objektem stigmatizace v důsledku přesvědčení, že duševně nemocní jsou nebezpeční, a proto nežádoucí. Přístupy veřejnosti k problematice rodin pacientů ovlivňuje více faktorů, jedním z nich je zcela nepochybně slušnost, inteligence a osobnostní vlastnosti.“

(Vojáčková-Kuncová, in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s.102)

Duševně nemocní lidé se dostávají snadno do společenské izolace. Jejich onemocnění jim totiž často zabraňuje vybudovat přirozené mezilidské vztahy, někdy dochází i k zničení již vybudovaných. Duševní onemocnění je stále negativně vnímáno a dochází tak ke stigmatizaci, což znamená, že větší část společnosti takové osoby považuje za méněcenné a nebezpečné. (Valentová, in Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

3 Starší školní věk

3.1 Vymezení období staršího školního věku

Termín starší školní věk se používá pro členění vývojových období z pedagogického hlediska. Z hlediska školského jde tedy o období začínající přechodem dítěte na 2. stupeň základní školy (od 11 – 12 let) a trvá do ukončení povinné školní docházky (cca do 15 let). Pro účely naší práce budeme tento termín používat, ale v další části práce se zaměříme na starší školní věk z pohledu vývojové psychologie.

Švingalová (2006) zahrnuje do staršího školního věku fázi **prepuberty** a vlastní **puberty**, tzv. období **pubescentní**. Jedná se o období přechodné, ale dynamické a náročné. Tvoří přechod mezi dětstvím a dospělostí. Vzhledem ke značným

interindividuálním rozdílům jedinců (pohlaví, výška, vzhled, vývoj sekundárních pohlavních znaků, sociální a morální zralost) nejsou jednotlivé etapy dospívání přesně věkově vymezené. Na jedné straně je toto období ohraničeno prvními známkami pohlavního zrání (prvními sekundárními pohlavními znaky) a akcelerací růstu. Na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti a dokončením tělesného růstu.

Vágnerová (2005, s. 321) uvádí, „*dospívání zahrnuje jednu dekádu života, od 10 do 20 let. V tomto období dochází ke **komplexní proměně osobnosti** ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou primárně podmíněny **biologicky**, ale vždycky je významně ovlivňují psychické a sociální faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci.*“

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 142) charakterizují nápadné psychické změny, které probíhají současně s biologickými, tímto „*ohlášením nových pudových tendencí a hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého (formálně abstraktního) způsobu myšlení a dosažením vrcholu jeho rozvoje.*“

Nyní se budeme podrobněji věnovat jednotlivým obdobím, tak jak je popsala Švingalová (2006):

- ✓ **fáze prepuberty** – (cca 11 -13 let), začíná prvními známkami pohlavního dospívání, objevením prvních sekundárních pohlavních znaků a urychlením růstu. Končí nástupem menstruace u dívek (mezi 11 – 13 rokem) a první emisí spermatu u chlapců, tzv. noční polucí (o 1 - 2 roky později). Toto období je nazýváno **druhým obdobím vzdoru a negativismu** (první je v období batolecím). Příčina spočívá v tom, že o sobě děti začínají více přemýšlet, utvářejí si svůj vlastní názor, prosazují své „já“ a přestávají bezvýhradně souhlasit s dospělými;
- ✓ **fáze vlastní puberty** – trvá do dosažení reprodukční schopnosti (cca do 15 let), pokračují změny v růstu, ale nápadnějšími změnami prochází i psychika. Toto období je charakteristické emoční nestálostí, častými a nápadnými výkyvy nálad, citovou zranitelností, vztahovačností, impulsivitou, nedostatky v sebeovládání, zvýšenou unavitelností, sníženou koncentrací pozornosti atd.

Na období pubescentní navazuje období **adolescentní**, které trvá do 20 – 22 let. V tomto období již nedochází k zásadním biologickým změnám, probíhají zejména psychosociální změny (ukončení profesní přípravy, nástup do zaměstnání atp.). Pro účely naší práce se tomuto období již nebudeme dále věnovat.

3.2 Vývoj postojů a názorů

„Dospívání je obdobím hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.“ (Vágnerová, 2008, s. 59)

Erikson (1965, in Drapela, 2003, s. 70) toto vývojové stádium popsal jako hledání „**identity proti zmatení rolí**“, a domnívá se, že „v žádném jiném stadiu životního cyklu...nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého.“ V tomto stadiu dochází ke sjednocení všech předchozích představ mladého člověka o sobě samém. Dospívající získává důvěru v to, že jeho sebepojetí (jak vidí sám sebe) odpovídá tomu, jak ho vnímají druzí.

V období pubescence dospívající mění postoj k sobě samému. Ke své osobě je nadměrně kritický, je nespokojený se svým vzhledem i vlastnostmi, často nerozumí ani sám sobě. (Švingalová, 2006)

V tomto období mladý člověk hledá odpověď na řadu základních otázek – kým jsem a jaký jsem, kam patřím a kam směřuji, jaké hodnoty jsou pro mě důležité. Musí poznat dobře své možnosti, přijmout svoji osobu i s určitými omezeními a nedostatky. Tento úkol je zvláště obtížný zejména pro dospívající s jakýmkoliv typem handicapu nebo zdravotního postižení. Na počátku tohoto období je velmi důležité hodnocení vlastního vzhledu. Dospívající začíná důkladně zkoumat svůj zevnějšek, pokud má nízké sebehodnocení, jakoukoliv odchylku či drobnou vadu (velký nos nebo naopak malý nos, tlusté či hubené nohy atp.) zveličuje jí a trápí se pro ni. Současně s tím začíná dospívající o svůj vzhled dbát, a pečlivě volí oblečení a účes, někdy i záměrně proti vkusu rodičů. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Dospívání se vyznačuje těmito **charakteristickými rysy morálního postoje** – dospívající mají potřebu uvažovat o morálních principech a zaujímat k nim vlastní stanovisko, dále mají sklon k absolutizujícím a akcentovaným závěrům, a v neposlední řadě vyžadují dodržování uznávaných principů, někdy až v absolutní a nekompromisní míře. Z toho pak vyplývá **netolerance k lidem s jinými názory**. (Vágnerová, 2008)

Dle Vágnerové (2005) se během dospívání mění i uvažování. Dospívající je schopen uvažovat **hypoteticky**, přemýšlí o různých možnostech, ať jsou reálné či ne. Tato schopnost uvažovat o různých alternativách se projeví i v postoji dospívajících ke světu i k sobě samému. Nový způsob uvažování se stává pro dospívajícího **zdrojem**

nejistoty, nic není jednoznačné, všechno může být i jinak. Na druhou stranu jsou úvahy o rozmanitých možnostech a možných změnách pro dospívající lákavé. Změna uvažování ovlivní i **postoj k základním psychickým potřebám** a způsob jejich uspokojování:

- ✓ **potřeba jistoty a bezpečí** – je stále vázána na minulou zkušenost i aktuální prožitky, ale objevuje se nová dimenze, anticipace budoucnosti, která může být důvodem ztráty dřívějšího pocitu jistoty;
- ✓ **potřeba seberealizace** – nabývá na obsahu, dospívající uvažuje o svých budoucích možnostech a perspektivách, seberealizace již není zaměřena jen na aktuální úspěch, z tohoto důvodu nemusí být aktuální výkony považovány za tak důležité, protože současná nespokojenost může být kompenzována budoucími dobrými výsledky. Na rozdíl od dětství, kdy odložení něčeho aktuálně nerealizovatelného, mělo význam definitivního zmaření, v období dospívání se stává to samé obrannou strategií;
- ✓ **potřeba otevřené budoucnosti** – získává smysl až nyní, když je o ní dospívající schopen uvažovat, nový způsob uvažování však může být zdrojem naděje, ale i obav.

Rozpor mezi hodnotami a postoji mladé a starší generace nám přináší převratné technické, vědecké i společenské změny. Každá generace vyrůstala za jiných podmínek a vycházela z jiných zkušeností. Starší generace lpí na dřívějších hodnotách, ale nová si hledá vlastní zkušenosti a odmítá přijmout stará měřítka za platná. Přesto je „generační konflikt“ odmítán jako nutný, a je zdůrazňováno, že záleží více na porozumění, toleranci a názorové pružnosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

3.3 Socializace

K hlavním úkolům období dospívání patří uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a zároveň navazování diferencovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. Tento proces osamostatňování a rozšiřování sociálních vztahů začíná již od útlého dětství a pokračuje i v dospělosti, ale právě období dospívání je v tomto směru klíčové a rozhodující pro uspokojivé převzetí budoucích základních životních rolí, tj. manželských a rodičovských. Pokud se dospívajícímu nepodaří uvolnit ze závislosti na rodičích a přesunout své vazby na vrstevníky, může docházet k obtížím, které nebude jejich okolí chápat – např. láska k rodičům se obrátí v nenávist a pohrdání,

přílišné uzavření do vlastního nitra, hloubání po smyslu života, únik do přehnaného denního snění atp. Tyto i další způsoby řešení základního psychosociálního konfliktu se přechodně vyskytují a prolínají u všech dospívajících, a nakonec jim pomáhají najít vlastní cestu. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Úkol to však není vůbec jednoduchý. Jak uvádí Vágnerová (2008, s. 65) „*na počátku dospívání přisuzují rodiče pubescentům stále jen roli dítěte, ale mají na ně čím dál větší požadavky. Jsou přesvědčeni, že je jejich potomek dost velký, aby mohl mít více povinností a nést zodpovědnost za jejich splnění.*“ Nejsou však ochotni přiznat dospívajícímu více práv a povinností. Ten se novým požadavkům brání, odmítá jakoukoliv manipulaci a rady, co by měl dělat. Touží po svobodě rozhodování, která však není podložena plnou zodpovědností za vlastní jednání. Snaha po sebeprosazení se může projevit **negativismem**.

Dle Švingalové (2006, s. 77) v období dospívání „*zaznamenáváme hyperkritičnost k autoritám, odmítání jejich kontroly, kterou sami mnohdy cítí jako nutnou. Na druhé straně nekriticky přijímají nové vzory a životní cíle.*“

V období dospívání se **mění vztahy s lidmi**, s dospělými i s vrstevníky. Pubescenti bývají k dospělým netolerantní, vyžadují rovnoprávnost, pokud jsou nějaká pravidla, měli by je dodržovat všichni, a nejen děti v podřízeném postavení. Dospívající jsou však kritičtí i sami k sobě, jen o tom dospělí nemusí vědět, neboť to bývá pouze jejich vnitřní záležitostí. Pro osobnostní rozvoj dospívajícího jsou dle Vágnerové (2005) důležité všechny **sociální skupiny** jako v mladším školním věku, jen **mají jiný subjektivní význam a změnil se jejich vliv**:

- ✓ **rodina** – je stále důležitým sociálním zázemím, i když se od ní dospívající odpoutávají; rodičovská autorita prochází kvalitativní proměnou, dochází k redukci její formálně dané nadřazenosti;
- ✓ **škola** – je významná spíše z důvodu budoucího sociálního zařazení, školní úspěšnost je podmínkou pro přijetí do vyšší školské instituce nebo pro další pracovní uplatnění;
- ✓ **volnočasové instituce** – ovlivňují sociální zařazení dospívajícího i rozvoj jeho schopností a dovedností, mohou kompenzovat negativní vliv rodiny i školní neúspěšnosti;
- ✓ **vrstevnická skupina** – je pro dospívajícího stále důležitější, neboť se v ní identifikuje; stále je pro něj zdrojem potřebné emoční podpory, rozvíjejí se zde přátelství a první lásky, ale i vztahy hierarchie uvnitř organizované party,

společenství vrstevníků často vyžaduje od dospívajících mnohem větší konformitu, než dospělí.

Lovaš (in Výrost, Slaměník (eds.), 2008, s. 330) uvádí „*skupina je takové seskupení lidí, které jako celek působí na své členy způsobem, který je kvalitativně odlišný od vlivu jedince na jedince. Existence skupiny je podmíněná konformitou, ochotou budoucích členů podřít se společným pravidlům, skupinovým normám.*“

Mezi vrstevníky nacházejí oporu v procesu vytváření individuální identity. Mají podobné problémy a jsou v rovnocenném postavení. Jedná se o stejnou generační skupinu, s níž sdílí názory, hodnoty, normy i způsob života. Dospívající se definuje příslušností ke skupině, tzv. **skupinovou identitou**, která mu usnadňuje překonávat nejistotu v procesu osamostatňování. Skupina snižuje individuální zodpovědnost a zvyšuje pocit sebevědomí a sebejistoty.

(Langmeier, Krejčířová, 2006)

4 Praktická část

4.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníkové metody zjistit a popsat sociální akceptaci a charakteristické rysy postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením.

4.2 Použité metody

V praktické části byla pro získání dat použita metoda kvantitativní, konkrétně nestandardizovaný dotazník s uzavřenými, otevřenými a škálovými otázkami (příloha č. 2).

Dotazník je nástrojem především kvantitativně orientovaného výzkumu. Jedná se o formulář určený respondentovi, který obsahuje otázky a varianty odpovědí nebo vymezuje místo na vlastní odpověď respondenta. Dotazník je rozšířeným nástrojem především u sociologického výzkumu, umožňuje získání poměrně velkého počtu dat od velkého počtu osob za krátký časový úsek. Nevýhodou je, že neposkytuje respondentovi širší prostor pro vyjádření jeho názorů.

Nestandardizovaný dotazník měl celkem 15 otázek. Jeho cílem bylo získat od žáků dvou 8. tříd a jedné odpovídající třídě v osmiletém gymnáziu tj. tercii, převažující postoje k osobám se zdravotním postižením, jejich názor na integraci těchto osob do běžných typů škol a do běžné společnosti nepostižených osob. V dotazníku bylo použito 9 otázek uzavřených, 1 otázka škálová, 5 otázek polouzavřených, ve kterých byl nabídnut, vedle daných možností, prostor pro další variantu odpovědi nebo pro jejich názor. U jedenácti otázek mohla být vybrána jen jedna odpověď, pouze u otázek č. 1, 2, 11 a 13 byla možnost zakroužkovat více odpovědí. Úvodní část dotazníku obsahuje vstupní informace týkající se osoby tazatele, účelu dotazníku, jeho použití, jeho anonymity, požadavků na vyplnění a zároveň poděkování za spolupráci. V první části dotazníku jsou otázky, které zjišťují, zda se žáci setkali s osobou se zdravotním postižením, případně kde, a o jaký druh postižení se jednalo. V další části dotazníku zjišťují sociální akceptaci osob se zdravotním postižením, postoj k nim a převládající pocity vůči osobám s uvedenými druhy postižení, dle oborů speciální pedagogiky.

Poslední část je zaměřena na zjištění názoru na integraci osob se zdravotním postižením do běžných typů škol, do zaměstnání v běžných provozech, a zda by měli tyto osoby být co nejvíce začleňovány do běžné společnosti. V úplném závěru dotazníku jsou umístěny údaje o věku a pohlaví dotazovaného a poděkování za jeho vyplnění. Šetření bylo provedeno koncem května a začátkem června 2010. Celkem bylo rozdáno 71 dotazníků, návratnost byla 100%. Dotazníky byly předány v případě žáků základních škol prostřednictvím jejich ředitelů, v případě Gymnázia Ivana Olbrachta v Semilech byly rozdány přímo na hodině občanské výchovy.

4.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Základní soubor tvořily základní školy a víceleté gymnázium ve městech Semily a Železný Brod. Víceleté gymnázium bylo do základního vzorku zahrnuto z toho důvodu, že jsou zde také děti staršího školního věku, které spadají do záměru zamýšlené bakalářské práce. Ze základního souboru byl vytvořen výzkumný vzorek formou náhodného manuálního výběru, tj. jednotlivé názvy škol byly napsány na kartičky, všechny dány do nádoby, a z nich byly vylosovány tyto níže uvedené školy. Z hlediska vzdělávací soustavy je starší školní věk obdobím, které začíná přechodem dítěte na 2 stupeň základní školy a trvá do ukončení povinné školní docházky. Jedná se tedy o 6 až 9 třídu základní školy a primu, sekundu, tercii a kvartu osmiletého gymnázia. Z těchto tříd jsem záměrně zvolila 8. třídu klasické základní školy, a k tomu odpovídající třídu osmiletého gymnázia, tj. tercii. Záměr spočíval v tom, že toto období v životě dospívajícího je velmi náročné a dynamické. Dospívající si utváří svůj vlastní názor, začíná prosazovat své „já“, vytváří si hodnotový žebříček a hledá odpovědi na základní otázky týkající se jeho osoby. Věk dotazovaných byl v rozmezí 13-16 let.

Autorka práce si je vědoma, že výsledky průzkumu nelze zevšeobecnit.

Výzkumný vzorek tedy tvořily tyto 3 školy:

Základní škola Ivana Olbrachta Semily

Nad Špejcharem 574, 513 01 Semily

Ředitel: Mgr. Jiří Jiránek

www.zsiosemily.cz

Základní škola Železný Brod, Pelechovská

Pelechovská 800, 468 22 Železný Brod

Ředitel: Mgr. Milan Hlubuček

www.zeleznybrod.cz/zspelechovska

Gymnázium Ivana Olbrachta Semily (osmileté)

Nad Špejcharem 574, 513 01 Semily

Ředitel: PhDr. Jindřich Vojta

www.giosm.cz

Šetření bylo provedeno na základě požadavku ředitelů škol koncem května a začátkem června 2010. Bylo nutné respektovat uzavření klasifikace, naplánované školní výlety a probíhající maturitní zkoušky. Dotazníky byly předány v případě žáků základních škol prostřednictvím jejich ředitelů, v případě Gymnázia Ivana Olbrachta v Semilech byly rozdány přímo autorkou práce na hodině občanské výchovy. Po celou dobu jejich zpracování byla přítomna. V úvodu byl respondentům vysvětlen účel dotazníku, stručně význam jednotlivých otázek a průběžně sledováno vyplňování dotazníku. Časový interval vyplnění dotazníku byl individuální, od 10-20 minut. Z výzkumu nebyly vyřazeny, z důvodu nevyplnění či špatného vyplnění otázek, žádné dotazníky. Rozsah vzorku tvořilo původně 76 žáků, z důvodu nemoci však nebylo 5 žáků přítomno, výzkumný vzorek tedy nakonec čítal 71 žáků. Údaje byly zpracovány nejdříve ručně, kdy byly zkontrolovány všechny dotazníky, zda jsou řádně vyplněny. Poté byla data zadávána do připravených tabulek v programu Excel dle jednotlivých otázek, dále členěných na základní školu a gymnázium.

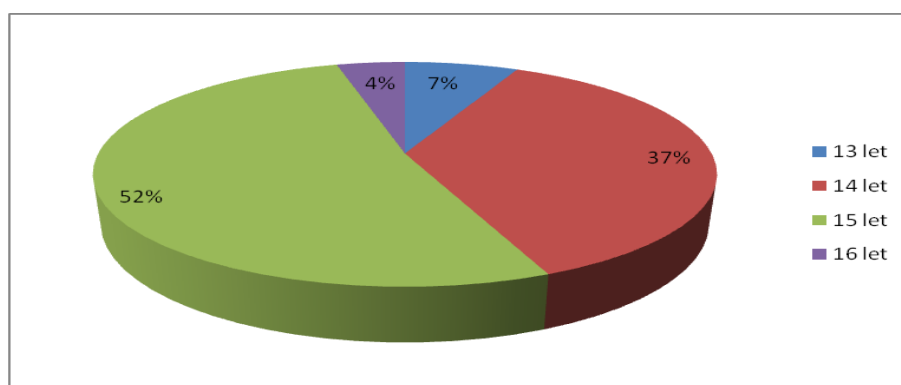
Tabulka č. 4 – Rozdělení výzkumného vzorku dle věku respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů	%
13 let	5	7%
14 let	26	37%
15 let	37	52%
16 let	3	4%

Zdroj: (vlastní výzkum)

Výzkumu se zúčastnilo celkem 71 žáků. Jejich věkové složení lze rozdělit do čtyř kategorií. První tvoří žáci ve věku 13 let, těch se zúčastnilo 5 (7%). Druhou žáci ve věku 14 let, těch se zúčastnilo 26 (37%). Nejvíce zastoupena byla kategorie žáků ve věku 15 let, a to počtem 37 žáků (52%). Nejmenší podíl tvoří poslední kategorie, tj. žáci ve věku 16 let. Dotazník vyplňovali z této kategorie pouze 3 žáci (4%).

Graf č. 1 - Rozdělení dle věku respondentů



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf nám přehledně ukazuje, že největší zastoupení mezi respondenty mají žáci ve věku 15 let.

Tabulka č. 5 – Rozdělení výzkumného vzorku dle pohlaví respondentů

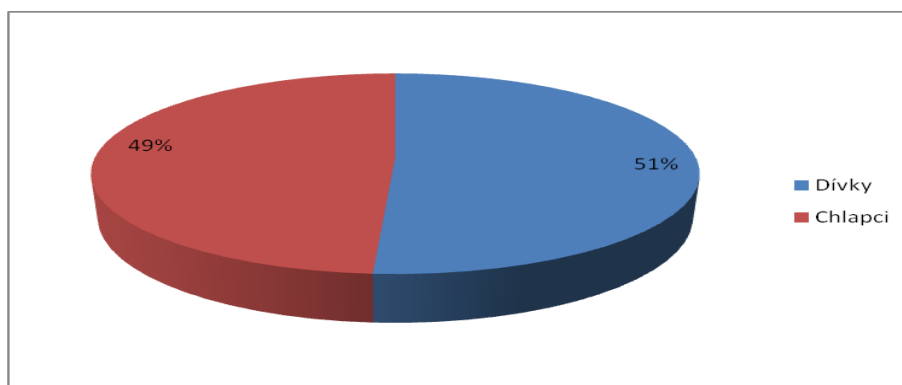
Pohlaví	Počet	%
Dívky	36	51%
Chlapci	35	49%

Zdroj: (vlastní výzkum)

Výzkumný vzorek tvoří 36 dívek, což je 51%, a 35 chlapců, tj. 49%. Konkrétně se jednalo o 18 dívek a 12 chlapců ze Základní školy Ivana Olbrachta Semily, dále 10 dívek a 10 chlapců ze Základní školy Železný Brod (Pelechovská), a 8 dívek a 13 chlapců z osmiletého Gymnázia Ivana Olbrachta Semily. Jedná se tedy s ohledem na pohlaví na velice vyrovnané zastoupení. Zúžený základní vzorek 6.-9. tříd výše uvedených škol obsahoval celkem 369 žáků, z toho 167 chlapců (45%) a 202 dívek (55%). Údaje o počtu dívek a chlapců v jednotlivých třídách, byly získány přímo od

ředitelů těchto výše uvedených škol. Základní vzorek v zastoupení dívek a chlapců není procentuelně totožný se zastoupením dívek a chlapců ve výzkumném vzorku, neboť byly brány 8. třídy a jedna třída tercie jako celek, a není možné ovlivnit poměr chlapců a dívek ve třídách. Toto však pro účel naší práce nepovažujeme za překážku, neboť neporovnáváme zvlášť postoje dívek a chlapců k osobám se zdravotním postižením.

Graf č. 2 – Rozdělení dle pohlaví respondentů



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu je patrné, že ve výzkumném vzorku mírně převažují dívky. Pro záměr práce to však není podstatné.

Časový harmonogram sběru a zpracování dat

Květen – červen 2010

sběr dat

Srpen – září 2010

zpracování dat a jejich interpretace

4.4 Stanovení předpokladů

- Lze předpokládat, že pocit lítosti bude u dětí staršího školního věku vyvolávat nejvíce osoba s tělesným postižením (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 10)
- Lze předpokládat, že pocit strachu bude u dětí staršího školního věku vyvolávat nejvíce osoba s psychiatrickým onemocněním (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 11)
- Lze předpokládat, že pocit zvědavosti bude u dětí staršího školního věku nejvíce vyvolávat osoba s mentálním postižením (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 12)
- Lze předpokládat, že pocit lhostejnosti bude u dětí staršího školního věku v nejnižší míře vůči tělesně postiženým (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 13)
- Lze předpokládat, že pocit odporu bude u dětí staršího školního věku nejvyšší k poruchám chování (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 14)
- Lze předpokládat, že více jak 50% dětí staršího školního věku souhlasí s integrací dětí se zdravotním postižením do běžných typů škol (ověřováno otázkou č. 7, tabulka č. 17)
- Lze předpokládat, že více jak 70% dětí staršího školního věku se minimálně 1x účastnily nějaké dobrovolné aktivity (sbírky) v rámci pomoci zdravotně postiženým (ověřováno otázkou č. 10, tabulka č. 21)
- Lze předpokládat, že více jak 50% dětí staršího školního věku zastává názor, že by se měly osoby se zdravotním postižením co nejvíce začleňovat do běžné společnosti nepostižených lidí (ověřováno otázkou č. 15, tabulka č. 26)

4.5 Výsledky a jejich interpretace

Nyní se budeme zabývat jednotlivými otázkami dotazníku. Každá otázka je zpracována do přehledné tabulky a opatřena slovním popisem. Odpovědi jsou členěny pro zajímavost i dle typu školy, tzn. na klasickou základní školu (dále jen ZŠ) a na osmileté gymnázium.

Pro větší přehlednost zjištěných dat je každá otázka zpracována ještě do grafu. U otázek č. 1, 2, 11 a 13, je graf utvořen podle pravidla, že 100% rovná se počet označených odpovědí a ne počet dotazovaných.

Otázka č. 1 Setkal (a) jste se s osobou se zdravotním postižením?

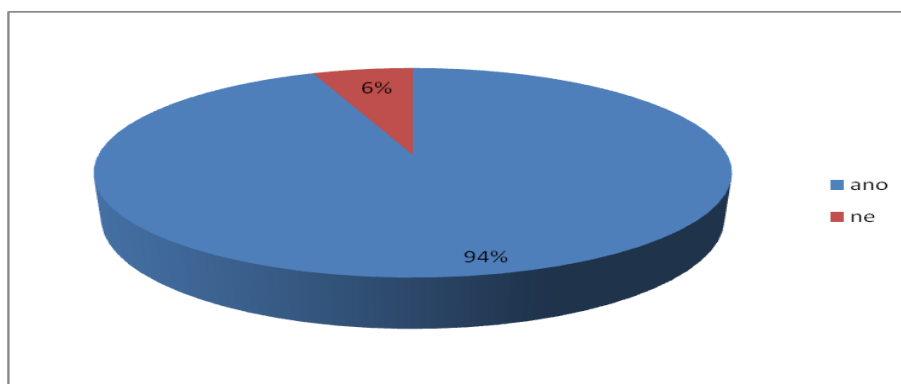
Tabulka č. 6 – Počet respondentů s osobní zkušeností se ZP

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
ano	47	20	94
ne	3	1	6

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, zda se respondenti setkali s osobou se zdravotním postižením odpovědělo z celkového počtu 71 dotazovaných 67 osob **ano** (94%) a 4 osoby **ne** (6%). Autorka se domnívá, že tyto 4 respondenti mohli pochopit otázku myšlenou jako osobní setkání s osobou se zdravotním postižením, a ne jako obecně myšlenou v rámci různých akcí pořádaných školou atp.

Graf č. 3 – Počet respondentů s osobní zkušeností se ZP



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf nám názorně ukazuje, že 94% respondentů se setkala s osobou se zdravotním postižením.

Otázka č. 1 (druhá část) Jestliže jste se setkal(a) s osobou se zdravotním postižením, vyberte z uvedených možností.

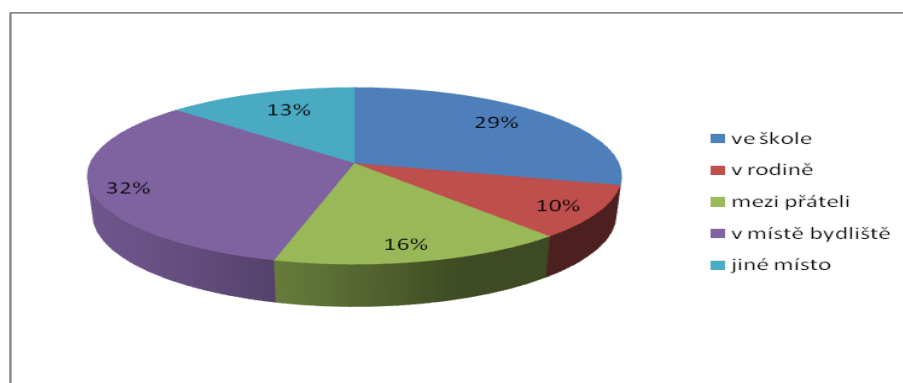
Tabulka č. 7 – Místo setkání s osobou se zdravotním postižením

Místo setkání	Počet respondentů		
	ŽS	Gymnázium	%
ve škole	24	13	52
v rodině	8	2	14
mezi přáteli	13	4	24
v místě bydliště	27	12	55
jiné místo	11	6	25

Zdroj: (vlastní výzkum)

U této druhé části otázky bylo možné označit libovolný počet položek. Zjišťovala, kde se dotazovaný setkal s osobou se zdravotním postižením. Výsledek je tedy takový, že z celkového počtu respondentů se 39 respondentů (55%) setkalo se zdravotně postiženým **v místě bydliště**, 37 dotazovaných (52%) **ve škole**, 17 dotazovaných (25%) **na jiném místě** (dovolená, společenská akce, ve skautu, v jiném městě, v zaměstnání matky, mezi přáteli rodičů), 17 dotazovaných (24%) **mezi přáteli**, a poslední variantu **v rodině** označilo 10 dotazovaných (14%). Skutečnost, že se nejvíce respondentů setkalo s osobou se zdravotním postižením v místě bydliště, autorka vysvětluje tím, že většina dotázaných žije na sídlištích obou měst, kde žije převážná většina obyvatel a je zde největší koncentrace osob.

Graf č. 4 Místo setkání s osobou se zdravotním postižením



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu je patrné, že největší počet dotazovaných se setkal s osobou se zdravotním postižením v místě bydliště, za druhé ve škole, a za třetí na jiném místě (dovolená, společenská akce, v zaměstnání matky, atd.).

Otázka č. 2 Pokud jste se setkal(a) s osobou se zdravotním postižením, o jakou osobu se jednalo? (osoba s tělesným postižením, se zrakovým, sluchovým, s vadou řeči, s poruchou chování, s mentálním postižením, s psychiatrickým onemocněním)

Tabulka č. 8 Nejčastější druh postižení, se kterým se dotazovaný setkal

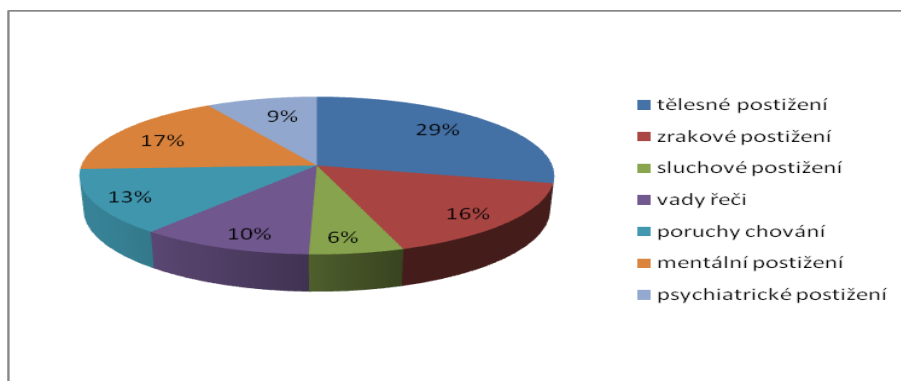
Druh postižení	Počet respondentů		
	ŽS	Gymnázium	%
tělesné postižení	30	16	65
zrakové postižení	17	10	38
sluchové postižení	6	7	18
vady řeči	11	10	30
poruchy chování	14	10	34
mentální postižení	18	10	39
psychiatrické postižení	9	4	18

Zdroj: (vlastní výzkum)

Zde mohli dotazovaní také označit libovolný počet položek. Z odpovědí respondentů na otázku, jaký druh postižení měla osoba se kterou se dotazovaný setkal, bylo zjištěno, že 46 respondentů (65%) se setkalo s osobou s **tělesným postižením**, 28 respondentů (39%) s **mentálním**, 27 respondentů (38%) se **zrakovým**, 24 respondentů (34%) s **poruchami chování**, 21 respondentů (30%) s osobou s **vadou**

řeči, a stejný počet 13 respondentů (18%) se setkala s osobou se **sluchovým a psychiatrickým** postižením.

Graf č. 5 Nejčastější druh postižení, se kterým se dotazovaný setkal



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu vyplývá, že dle odpovědí respondentů se jich nejvíce setkala s osobami s tělesným postižením, následují osoby s mentálním a potom se zrakovým postižením.

Otázka č. 3 Jak vnímáte osoby se zdravotním postižením ve společnosti?

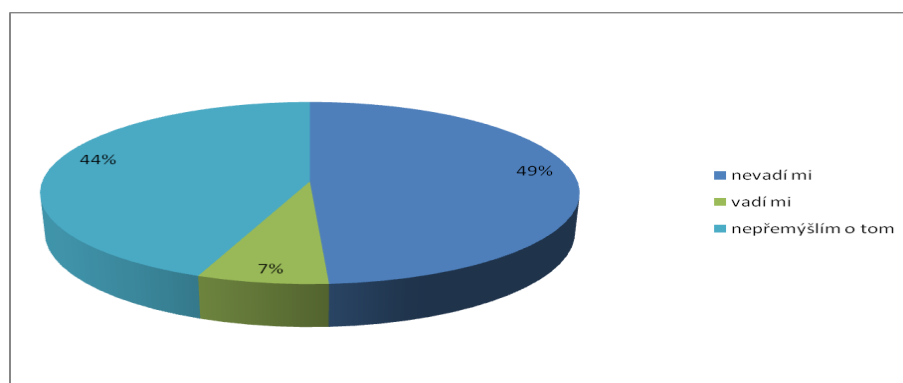
Tabulka č. 9 Vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
nevadí mi	24	11	49
vadí mi	3	2	7
nepřemýšlím o tom	23	8	44

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, jak vnímají respondenti osoby se zdravotním postižením ve společnosti, odpovědělo z celkového počtu dotazovaných 35 respondentů (49%) **nevadí mi**, 31 respondentů (44%) o tom **nepřemýšlí**, a zbylým 5 dotazovaným (7%) tyto osoby v běžné společnosti **vadí**.

Graf č. 6 Vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf názorně ukazuje, že většině respondentů osoby se zdravotním postižením nevadí, a další velká skupina o tom nepřemýšlí.

Otázka č. 4 Jaké pocity ve Vás vyvolává osoba se zdravotním postižením? (lítost, strach, zvědavost, lhostejnost, odpor)

U této otázky měli respondenti použít hodnotící škálu od 1 - 10 a do každého řádku, ke každému pocitu přiřadit číslo od 1 - 10. Např. u osoby s tělesným postižením cítíte nejvyšší míru lítosti, dáte tedy do kolonky lítost hodnotu 10, strach nepocítujete, dáte tedy do kolonky strach 1 atd. Pro přehlednost bude pro každý pocit jedna tabulka, čím větší číslo bude u konkrétního druhu postižení, tím vyšší pocit lítosti toto postižení u respondentů vyvolává. V tomto případě tedy nebudeme sčítat počet respondentů, ale čísla dle hodnotící škály uvedená u jednotlivých postižení dle síly pocitu, který vyvolává.

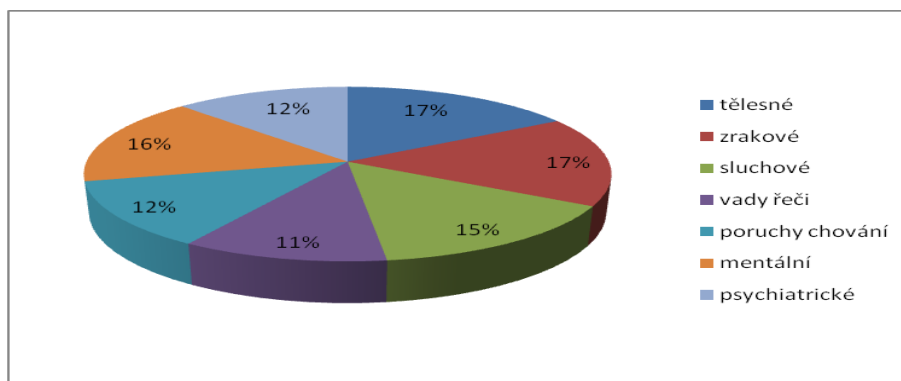
Tabulka č. 10 Pocit lítosti

Druh postižení	POCIT - LÍTOST		
	ZŠ	Gymnázium	Celkem
tělesné	369	136	505
zrakové	371	154	525
sluchové	332	105	437
vady řeči	248	76	324
poruchy chování	278	74	352
mentální	363	131	494
psychiatrické	276	118	394

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku jakou míru lítosti vyvolává u respondentů osoba dle jednotlivých druhů zdravotního postižení bylo zjištěno, že nejvyšší míru lítosti pociťují respondenti k osobám se **zrakovým postižením** (17%), dále s **tělesným** (17%), s **mentálním** (16%), se **sluchovým** (15%), s **psychiatrickým** (12%), s **poruchami chování** (12%), a na posledním místě s nejnižší mírou pocitu lítosti se nacházejí **osoby s vadou řeči** (11%).

Graf č. 7 Pocit lítosti



Zdroj: (vlastní výzkum)

Dle grafu nejvyšší míru lítosti vyvolávají u respondentů osoby se **zrakovým** postižením, následují osoby s **tělesným**, **mentálním** a **sluchovým** postižením.

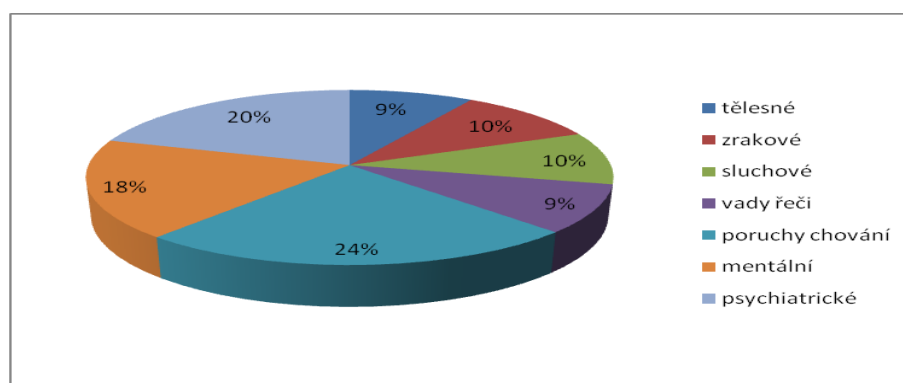
Tabulka č. 11 Pocit strachu

Druh postižení	POCIT - STRACH		
	ZŠ	Gymnázium	Celkem
tělesné	80	36	116
zrakové	92	41	133
sluchové	89	28	117
vady řeči	82	32	114
poruchy chování	220	81	301
mentální	168	60	228
psychiatrické	185	103	288

Zdroj: (vlastní výzkum)

Další tabulka nám ukazuje, že nejvyšší míru strachu pociťují respondenti k osobám s **poruchami chování** (24%), dále k osobám s **psychiatrickým postižením** (20%), s **mentálním** (18%), se **zrakovým** (10%), se **sluchovým** (10%), s **tělesným** (9%) a nejnižší míru strachu vyvolává osoba s **vadou řeči** (9%).

Graf č. 8 Pocit strachu



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf názorně ukazuje, že nejvyšší míru strachu pociťují respondenti k osobám s poruchami chování. Následují osoby s psychiatrickým onemocněním, a třetí příčku obsadily osoby s mentálním postižením.

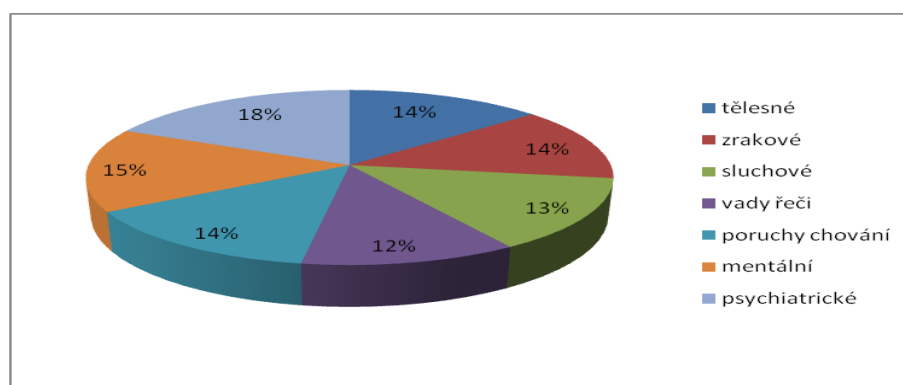
Tabulka č. 12 Pocit zvědavosti

Druh postižení	POCIT - ZVĚDAVOST		
	ZŠ	Gymnázium	Celkem
tělesné	128	53	181
zrakové	134	44	178
sluchové	125	52	177
vady řeči	101	52	153
poruchy chování	125	58	183
mentální	150	52	202
psychiatrické	147	90	237

Zdroj: (vlastní výzkum)

K dalším zjišťovaným pocitům patří zvědavost. Nejvyšší míru zvědavosti pociťují respondenti k osobám s **psychiatrickým onemocněním** (18%), dále k osobám s **mentálním** postižením (15%), s **poruchami chování** (14%), s **tělesným postižením** (14%), se **zrakovým** (14%), se **sluchovým** (13%) a nejnižší míru zvědavosti pociťují k osobám s **vadami řeči** (12%).

Graf č. 9 Pocit zvědavosti



Zdroj: (vlastní výzkum)

Zde není graf tak přehledný, neboť výsledky nejsou tak velmi rozdílné. Nejvyšší míru zvědavosti však pociťují respondenti k osobám s psychiatrickým onemocněním.

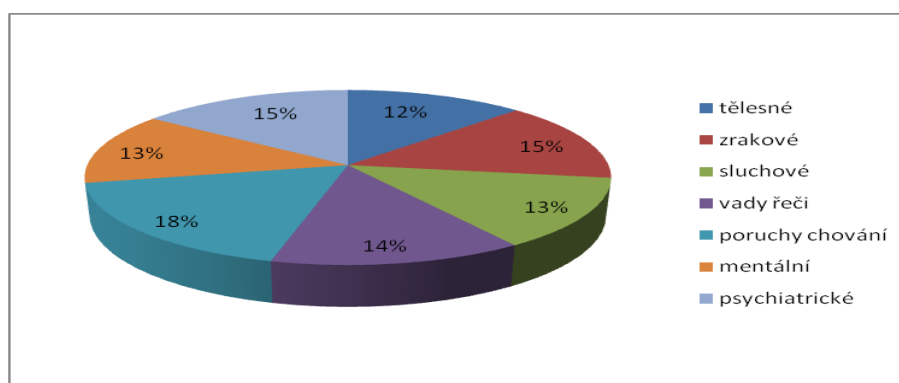
Tabulka č. 13 Pocit lhostejnosti

Druh postižení	POCIT - LHOSTEJNOST		
	ZŠ	Gymnázium	Celkem
tělesné	112	52	164
zrakové	126	66	192
sluchové	118	53	171
vady řeči	102	76	178
poruchy chování	131	99	230
mentální	104	68	172
psychiatrické	112	84	196

Zdroj: (vlastní výzkum)

Co se týče pocitu lhostejnosti, z celkového počtu respondentů jich nejvyšší míru lhostejnosti pociťuje k osobám s **poruchami chování** (18%), na druhém místě jsou osoby s **psychiatrickým onemocněním** (15%), dále se **zrakovým postižením** (15%), s **vadami řeči** (14%), s **mentálním** (13%), se **sluchovým** (13%) a nejnižší míru lhostejnosti pociťují k osobám s **tělesným postižením** (12%).

Graf č. 10 Pocit lhostejnosti



Zdroj: (vlastní výzkum)

I v tomto případě není z grafu na první pohled patrné, vůči kterým osobám pociťují respondenti nejvyšší míru lhostejnosti. Na druhý pohled již vidíme, že na první příčce jsou osoby s poruchami chování.

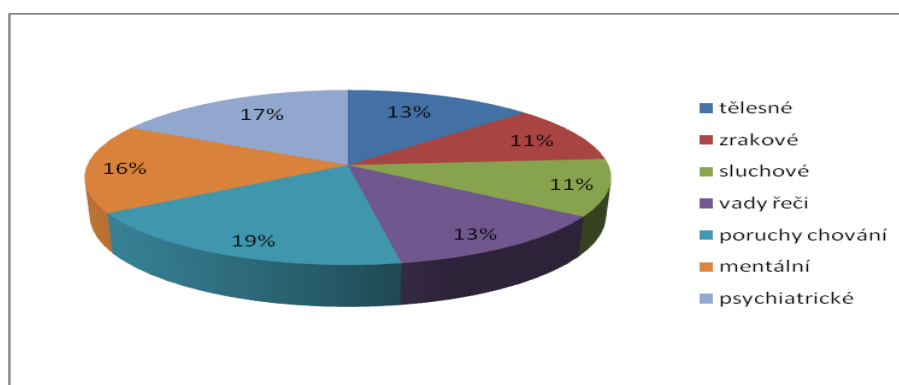
Tabulka č. 14 Pocit odporu

Druh postižení	POCIT - ODPOR		
	ZŠ	Gymnázium	Celkem
tělesné	82	39	121
zrakové	65	32	97
sluchové	65	26	91
vady řeči	79	31	110
poruchy chování	118	69	187
mentální	101	67	168
psychiatrické	107	74	181

Zdroj: (vlastní výzkum)

Poslední zjišťovaný pocit je odpor. Respondenti uvedli, že nejvyšší míru odporu pociťují k osobám s **poruchami chování** (19%), dále k osobám s **psychiatrickým onemocněním** (17%), s **mentálním postižením** (16%), s **tělesným** (13%), s **vadami řeči** (13%), se **zrakovým** (11%) a nejnižší míru odporu k osobám se **sluchovým postižením** (11%).

Graf č. 11 Pocit odporu



Zdroj: (vlastní výzkum)

Dle grafu nejvyšší míru odporu pocítují respondenti k osobám s poruchami chování.

Otázka č. 5 Jak posuzujete partnerské soužití osoby zdravé s osobou se zdravotním postižením?

Tabulka č. 15 Náзор na soužití zdravé osoby s osobou s postižením

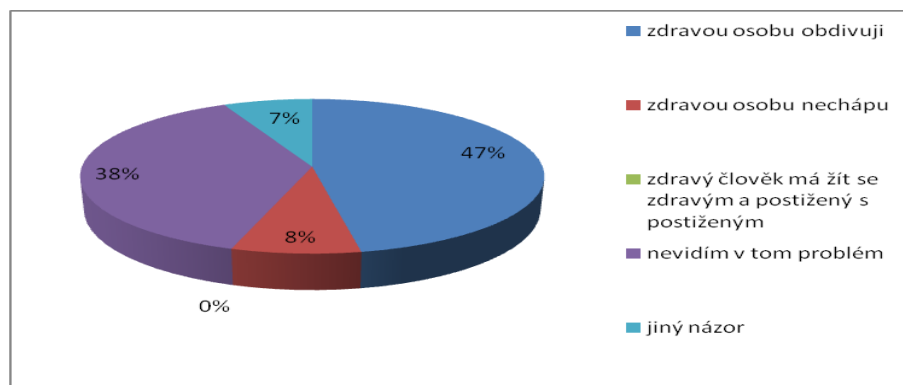
Odpověď	Počet respondentů		
	ŽS	Gymnázium	%
zdravou osobu obdivuji	24	9	47
zdravou osobu nechápu	2	4	8
zdravý člověk má žít se zdravým a postižený s postiženým	0	0	0
nevidím v tom problém	21	6	38
jiný názor	3	2	7

Zdroj: (vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala názor na soužití zdravé osoby s osobou se zdravotním postižením. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 33 (47%) **zdravou osobu obdivuji**, 27 respondentů (38%) **nevidím v tom problém**, 6 respondentů (8%) **zdravou osobu nechápu** a 5 respondentů (7%) uvedlo **jiný názor**. V této kategorii uvádíme jako příklad odpověď chlapce ve věku 14 let, „*Je to jen jejich věc. Lidi nesoudím, a pokud jim soužití vyhovuje a mají se rádi, nechápu proč tomu jakýmkoliv způsobem odporovat.*“ Další chlapec ve věku 15 let uvedl „*To záleží na těch lidech, jak oni spolu budou vycházet.*“ Dívka ve věku 15 let napsala toto: „*Na jednu stranu obdivuji*

zdravého člověka, že šel do takového „rizika“ (samozřejmě podle typu postižení) a na druhou stranu v tom nevidím problém, proč by takové partnerství mělo fungovat méně než normální?“ „Znění odpovědi „**zdravý člověk má žít se zdravým a postižený s postiženým**“ nezvolil žádný z respondentů.

Graf č. 12 - Názor na soužití zdravé osoby s osobou s postižením



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů obdivuje zdravou osobu žijící v partnerském vztahu s osobou se zdravotním postižením.

Otázka č. 6 Představte si, že v rámci studia vykonáváte praxi v zařízení s osobami s různým zdravotním postižením. Máte strávit den s některou z postižených osob. Koho byste zvolili?

Tabulka č.16 Praxe v zařízení s osobami se zdravotním postižením

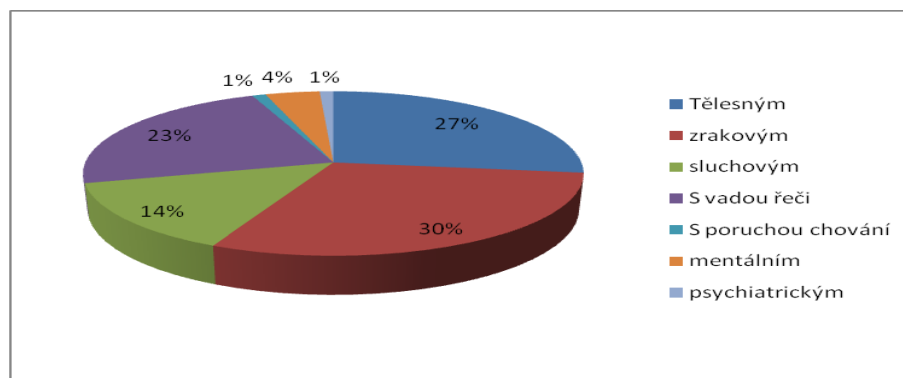
Osoba s typem postižení	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
tělesným	13	6	27
zrakovým	14	7	30
sluchovým	8	2	14
s vadou řeči	12	4	23
s poruchou chování	1	0	1
mentálním	2	1	4
psychiatrickým	0	1	1

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, s kým byste v rámci praxe chtěli strávit den, pokud byste měli vybrat z nabízených variant postižení, odpovědělo z celkového počtu 71 respondentů 21 (30%)

s osobou se zrakovým postižením, 19 respondentů (27%) s tělesným, 16 respondentů (23%) s vadou řeči, 10 respondentů (14%) se sluchovým postižením, 3 respondenti (4%) s mentálním, a na stejném místě skončila osoba s poruchou chování a psychiatrickým onemocněním, u obou volil pouze 1 respondent (1%). Výsledek je překvapující, očekávali jsme, že většina respondentů si zvolí tělesné postižení.

Graf č. 13 Praxe v zařízení s osobami se zdravotním postižením



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf jednoznačně ukazuje, že nejvíce respondentů by v rámci své praxe chtělo strávit den s osobou se zrakovým postižením.

Otázka č. 7 Souhlasíte s tím, aby školu navštěvovaly společně děti zdravé s dětmi se zdravotním postižením?

Tabulka č. 17 – Názor na zařazení ZP do běžných škol (tzv. integraci)

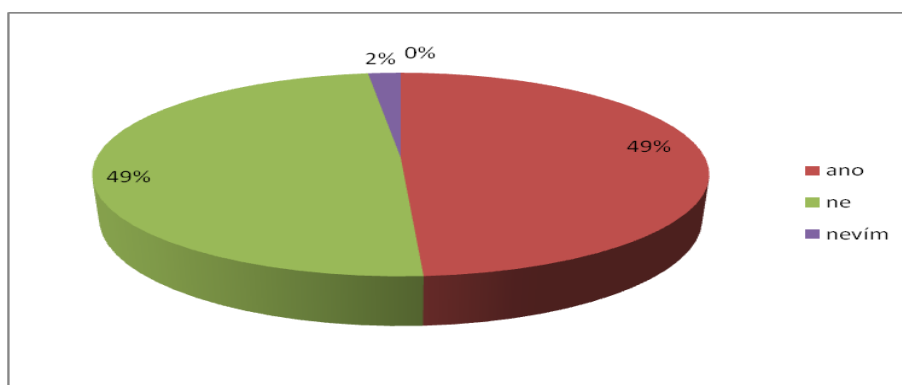
Odpověď	Počet respondentů		
	ŽS	Gymnázium	%
ano	23	12	49
ne	27	8	49

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, souhlasíte, aby školu navštěvovaly společně děti zdravé s dětmi se zdravotním postižením odpovědělo z celkového počtu 71 dotazovaných 35 osob **ano** (49%) a 35 osob **ne** (49%). Jedna dotazovaná ve věku 14 let nezaškrtnla ani jednu variantu, pouze dopsala svůj názor „Nevím. Bylo by to dobré, ale mohlo by dojít k šikaně a problémům.“ Polovina z dotazovaných si tedy myslí, že je to správné, další, že ne. K této otázce bylo možné dopsat vlastní názor na věc. U záporných odpovědí se objevovaly obavy z toho, že by mohly být postižené děti šikanovány, terčem posměchu,

ignorovány spolužáky, neměly by kamarády, dále obavy z nedostatečné odborné pomoci, z potřeby zvláštní péče a jiného přístupu při výuce. Třináctiletý chlapec uvedl: „*Postižení mají chodit do zvláštních škol a ne do škol pro normální lidi*“. Další o rok starší chlapec zase napsal: „*Zdravé děti by postiženým záviděly výlety a postižení by se nemohli účastnit tělesné výchovy*.“ U kladných odpovědí zase, že mají postižené děti nárok na stejné vzdělání (případně stejnou úroveň) jako ostatní nepostižené děti, mají být začleněny do běžného kolektivu, aby zdravé děti pochopily, jaké to je být zdravotně postižený, neměly by se cítit méněcenné, mezi dětmi by se neměly dělat rozdíly. Jedna 14 dívka dokonce napsala: „*Nevím, proč by nemohly děti chodit spolu do školy. Někteří postižení jsou i větší a lepší kamarádi*.“ V některých případech respondenti zdůvodňovali svoji odpověď závažností postižení, z psychiatrického onemocnění měli strach, takové spolužáky by nechtěli, protože se obávali, že by mohli zdravým ublížit.

Graf č. 14 Názor respondentů na integraci do běžných škol



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf potvrzuje zjištění, že názor respondentů na to, aby školu navštěvovaly společně děti zdravé s dětmi s postižením je vyrovnaný, stejný počet respondentů označilo souhlas i nesouhlas s integrací.

Otázka č. 8 Vadilo by Vám sedět v lavici se zdravotně postiženým spolužákem?

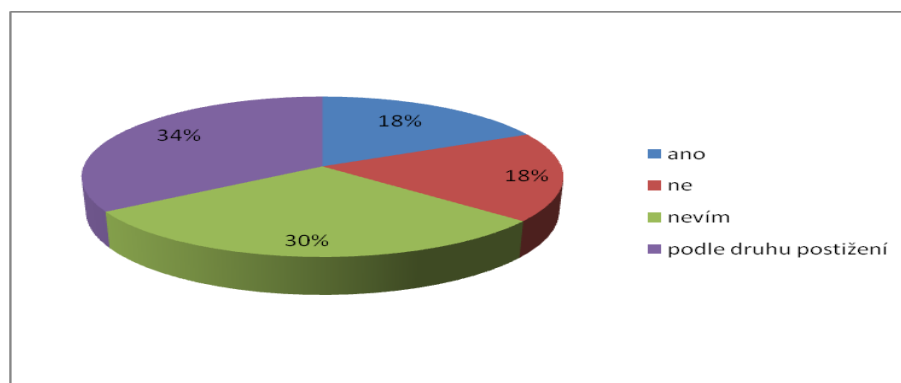
Tabulka č. 18 Postoj ke zdravotně postiženému spolužákovi v lavici

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
ano	9	4	18
ne	12	1	18
nevím	16	5	30
podle druhu postižení	13	11	34

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku vadilo by Vám sedět v lavici se zdravotně postiženým spolužákem, odpovědělo 24 respondentů (34%) **podle druhu jeho postižení**. Zpracování dle volených postižení bude obsahovat následující tabulka. Dále 21 respondentů (30%) zvolilo odpověď **nevím**, a stejný počet respondentů volilo další odpovědi tj. 13 respondentů (18%) ve stejném poměru odpověď **ano** a **ne**.

Graf č. 15 Postoj ke zdravotně postiženému spolužákovi v lavici



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů by sedělo ve stejné lavici se spolužákem s postižením v závislosti na tom, o jaký druh postižení by se jednalo.

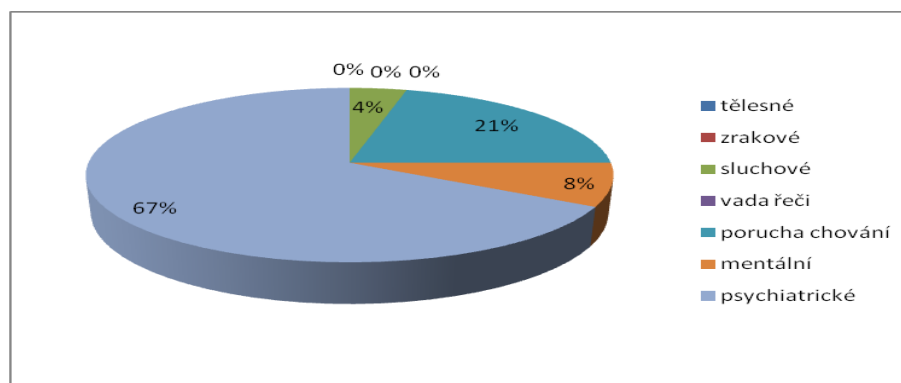
Tabulka č. 19 Neseděl bych se spolužákem (dle druhu postižení)

Druh postižení	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
tělesné	0	0	0
zrakové	0	0	0
sluchové	0	1	4
vada řeči	0	0	0
porucha chování	4	1	21
mentální	0	2	8
psychiatrické	9	7	67

Zdroj: (vlastní výzkum)

Z 24 respondentů, kteří označili odpověď, že by jim vadilo sedět se spolužákem se zdravotním postižením podle jeho druhu, zvolilo 16 respondentů (67%) nechtěl(a) bych sedět se **spolužákem s psychiatrickým onemocněním**, 5 respondentů (21%) s **poruchami chování**, 2 respondenti (8%) s **mentálním postižením** a 1 respondent (4%) se **sluchovým** postižením.

Graf č. 16 Neseděl(a) bych se spolužákem (podle druhu postižení)



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf jednoznačně ukazuje, že z celkového počtu respondentů, by jich většina nechtěla sedět v lavici se spolužákem s psychiatrickým onemocněním.

Otázka č. 9 Pokud by Vaše dívka či chlapec zůstala po úraze upoutána trvale na invalidní vozík, dokázal(a) byste ve vztahu dále setrvat?

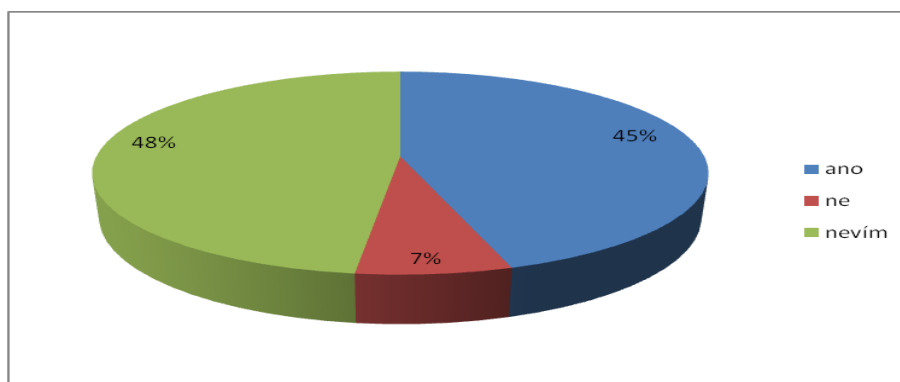
Tabulka č. 20 Schopnost setrvat ve vztahu s dívkou či chlapcem na invalidním vozíku

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
ano	23	9	45
ne	3	2	7
nevím	24	10	48

Zdroj: (vlastní výzkum)

Tato otázka je velice osobní a zjišťuje schopnost setrvání ve vztahu s dívkou či chlapcem upoutaném po úraze trvale na invalidní vozík. Odpověď nebyla snadná. **Schopnost setrvat** v tomto vztahu označilo 32 dotazovaných (45%), odpověď **ne**, která znamená ukončení vztahu označilo 5 dotazovaných (7%) a variantu **nevím**, zda bych byl(a) schopný(á) setrvat ve vztahu zvolilo 34 dotazovaných (48%). Názor patnáctileté dívky: „Hodně těžká otázka, záleží na věku a na tom, jak moc bych ho milovala a byla schopná se o něj starat.“ Další stejně stará spolužačka napsala: „Je to velmi těžká, sporná otázka na kterou nemůžu odpovědět, jelikož sama nevím, jak bych se v tuto chvíli zachovala, ale myslím si, že bych partnera opustit nedokázala“.

Graf č. 17 Schopnost setrvat ve vztahu s dívkou či chlapcem na invalidním vozíku



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf znázorňuje, že nejvíce respondentů neví, zda by byli schopni setrvat ve vztahu s dívkou či chlapcem, pokud by byli následkem úrazu upoutáni trvale na invalidní vozík.

Otázka č. 10 Účastnil(a) jste se někdy nějaké dobrovolné aktivity (sbírky) v rámci pomoci zdravotně postiženým?

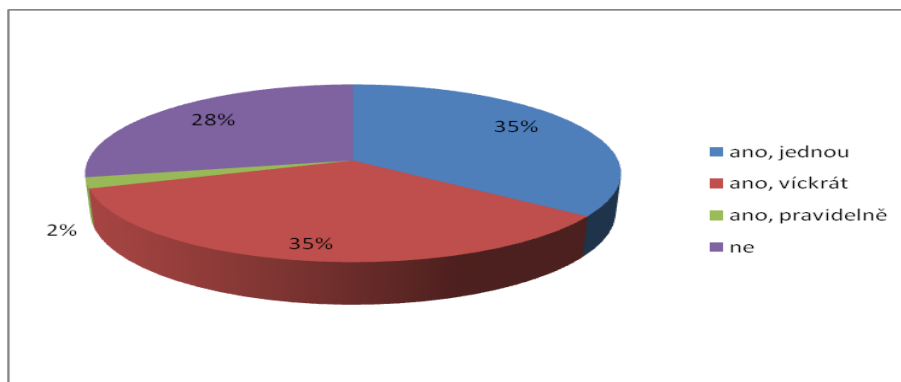
Tabulka č. 21 Účast na dobrovolných aktivitách (sbírkách) pro zdravotně postižené

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
ano, jednou	15	10	35
ano, vícekrát	19	6	35
ano, pravidelně	0	1	2
ne	16	4	28

Zdroj: (vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala míru solidarity a empatie. Na otázku, zda se respondenti zúčastnili nějaké dobrovolné aktivity (sbírky) v rámci pomoci zdravotně postiženým, odpovědělo 25 dotazovaných (35%) **ano, jednou**, 25 dotazovaných (35%) **ano, vícekrát**, 1 dotazovaný (2%) **pravidelně**. Z celkového počtu dotazovaných se 20 (28%) **nezúčastnilo** nikdy žádné aktivity či sbírky.

Graf č. 18 Účast na dobrovolných aktivitách (sbírkách)



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu vyplývá, že stejný počet respondentů se buď jednou, či vícekrát účastnil nějaké dobrovolné aktivity v rámci pomoci zdravotně postiženým.

Otázka č. 11 Na jaký druh postižení byste přispěl(a) dárcovskou SMS?

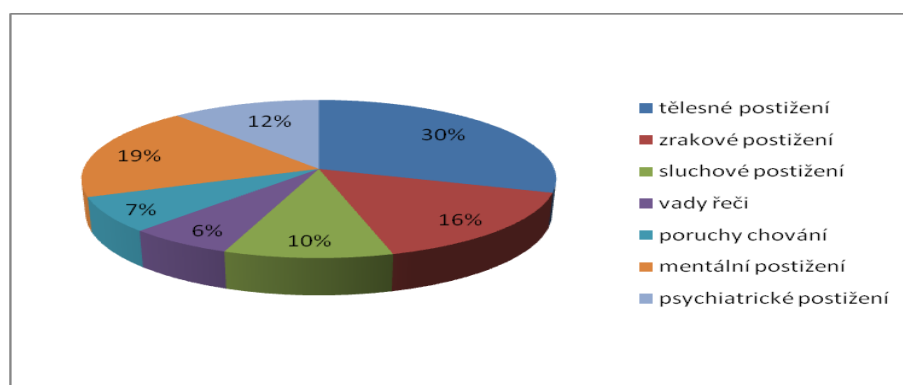
Tabulka č. 22 Dárcovské SMS dle druhu postižení

Druh postižení	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
tělesné postižení	31	19	70
zrakové postižení	19	7	37
sluchové postižení	13	4	24
vady řeči	8	3	15
poruchy chování	9	3	17
mentální postižení	22	10	45
psychiatrické postižení	12	7	27

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, na jaký druh postižení byste přispěl(a) dárcovskou SMS, uvedlo z celkového počtu 71 respondentů nejvíce (70%) **tělesné postižení**, na druhém místě **mentální postižení** (45%) a na třetím **zrakové postižení** (37%). Dotazovaní mohli označit u této otázky libovolný počet položek. Pokud porovnáme odděleně základní školu, tak výsledky naprosto korespondují s celkovým pořadím. U gymnázia je to stejné, jen třetí místo drží spolu se zrakovým postižením i postižení psychiatrické (13%). U základní školy je rozdíl mezi zrakovým a psychiatrickým postižením 6%. Nejméně dotazovaných by přispělo na vady řeči (15%). Dle členění na základní školu a gymnázium je situace stejná. Autorka se domnívá, že tělesné postižení bylo uvedeno nejčastěji, neboť je o něm nejvíce slyšet a je nejvíce vidět.

Graf č. 19 Na jaký druh postižení by respondenti přispěli dárcovskou SMS



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů by přispělo dárcovskou SMS na osoby s tělesným postižením. Druhé místo obsadily osoby s mentálním postižením, a hned po nich osoby se zrakovým postižením.

Otázka č. 12 Zajímá Vás problematika osob se zdravotním postižením?

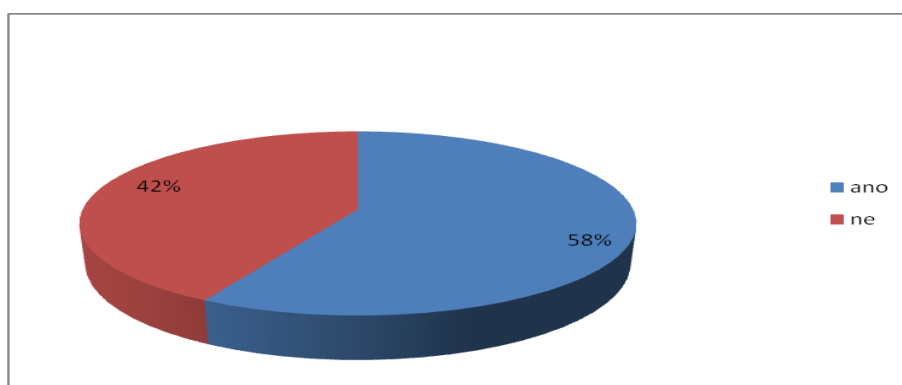
Tabulka č. 23 Zájem o problematiku osob se zdravotním postižením

Odpověď	Počet respondentů		
	ŽS	Gymnázium	%
ano	30	11	58
ne	20	10	42

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, zda respondenty zajímá problematika osob se zdravotním postižením odpovědělo z celkového počtu 71 respondentů 41 **ano** (58%) a 30 **ne** (42%). Potěšující tedy je, že více než polovina dětí staršího školního věku má zájem o osoby zdravotně postižené a jejich problematiku.

Graf č. 20 Zájem o problematiku osob se zdravotním postižením



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf názorně ukazuje, že většina respondentů se zajímá o osoby se zdravotním postižením. Přesto by mohl výsledek dopadnout lépe.

Otázka č. 13 Osoba se zdravotním postižením je dle Vás (lze zaškrtnout více variant):

Tabulka č. 24 Jak vidí děti staršího školního věku osoby se ZP jako osobnost

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
cenná	19	7	37
bezpečná	5	3	11
klidná	25	11	51
agresivní	14	4	25
hodná	26	10	51
zlá	9	1	14
chytrá	16	3	27
hloupá	12	4	23
upřímná	27	11	54
neupřímná	4	2	8
závislá	27	19	65
samostatná	14	2	23

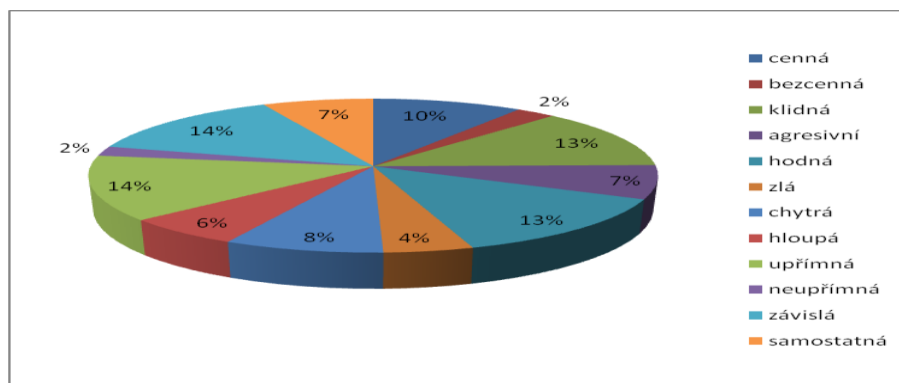
Zdroj: (vlastní výzkum)

Zajímavý pohled na osoby se zdravotním postižením očima dětí staršího školního věku nám umožnila tato otázka. Zjišťovala, jaká je podle respondentů osoba se

zdravotním postižením. Dotazovaní mohli označit u této otázky libovolný počet položek. Nejvíce respondentů tj. 46 (65%) označilo osoby se zdravotním postižením jako **závislé**. Je tím myšleno na jiné osobě, na její pomoci z důvodu nesoběstačnosti. Jako **upřímné** je vidí 38 respondentů (54%). Za **klidné** a **hodné** je považuje u obou stejný počet 36 respondentů, tyto odpovědi se tedy umístily s 51% na třetím místě. Za **cenné** osoby je má 26 respondentů (37%). Další pořadí je toto: osoba se zdravotním postižením je **chytrá** (27%), **agresivní** (25%), **samostatná** (23%), **hloupá** (23%), **zlá** (14%), **bezcenná** (11%) a **neupřímná** (8%).

Výsledek zahřeje u srdíčka, neboť že je v očích respondentů osoba se zdravotním postižením závislá je pochopitelné, postižení způsobuje bezmocnost a závislost, kterou člověk musí přijmout a vyrovnat se s ní. Zajímavý je názor S. Browna (Novosad, 2006, s.54), který říká: „Zdravotní postižení není stav vytvářející závislost. Závislost ale mohou způsobit cesty (způsoby), jimiž jsme se my jako jedinci i my jako společnost rozhodli na zdravotní postižení reagovat.“ V ostatních případech převládá pozitivní hodnocení.

Graf č. 21 Jak vidí děti staršího školního věku osoby se zdravotním postižením jako osobnost



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf nám ukazuje, že nejvíce respondentů označilo osoby se zdravotním postižením jako závislé (14%), dále jako upřímné (14%), a hodné a klidné (obě 13%).

Otázka č. 14 Podle Vašeho názoru by bylo nejlepší, aby byla osoba se zdravotním postižením zaměstnána (v běžných provozech, chráněných dílnách, domovech pro OZP)?

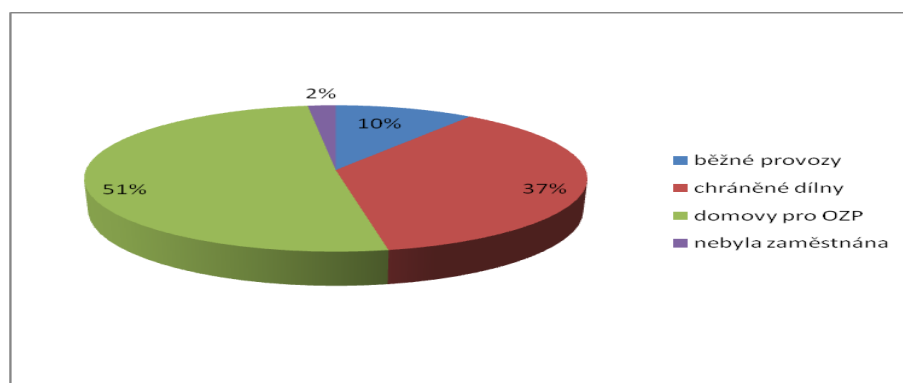
Tabulka č. 25 Názor, kde by měla být zaměstnána osoba se zdravotním postižením

Odpověď	Počet respondentů		
	ŽS	Gymnázium	%
běžné provozy	4	3	10
chráněné dílny	19	7	37
domovy pro OZP	25	11	51

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, kde by měla být osoba se zdravotním postižením zaměstnána, odpovědělo z celkového počtu 71 dotazovaných 7 osob (10%) v **běžných provozech**, 26 dotazovaných (37%) v **chráněných dílnách** a 36 dotazovaných (51%) v **domovech pro OZP**. Dva dotazovaní (2%) si k možným odpovědím dopsalo svou vlastní, a to, že by tyto osoby neměly být zaměstnány vůbec. K této otázce bylo možné doplnit krátké zdůvodnění zvolené odpovědi. U odpovědí, které se týkaly zaměstnání v běžných provozech bylo doplněno, že záleží na druhu postižení, dle jejich názoru by k tomu mělo být rozhodně přihlíženo. Názor patnáctiletého chlapce: „*Postižená osoba, tak jako každá jiná, má právo pracovat, akorát s jiným přístupem.*“ Jeho stejně stará spolužačka napsala k zaměstnávání v běžných provozech: „*Aby si lidé zvykli, že každý nemá to štěstí být zdravý a více tyto lidi tolerovali.*“ Jiný patnáctiletý chlapec uvedl, že by osoba se zdravotním postižením měla být zaměstnána v domovech pro osoby se zdravotním postižením, neboť běžné provozy nejsou vybavením uzpůsobeny pro vozičkáře. Patnáctiletá dívka uvedla: „*Do normálních provozů bych je neposílala z důvodu, aby se těm postiženým a zdravým osobám něco nestalo.*“

Graf č. 22 Kde by měla být zaměstnána osoba se zdravotním postižením



Zdroj: (vlastní výzkum)

Z grafu je patrné, že více než polovina respondentů by zaměstnala osoby se zdravotním postižením v rámci činností prováděných v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Otázka č. 15 Podle Vašeho názoru patří osoba se zdravotním postižením spíše do (ústavního zařízení, do běžné společnosti nepostižených lidí nebo jiná volba)?

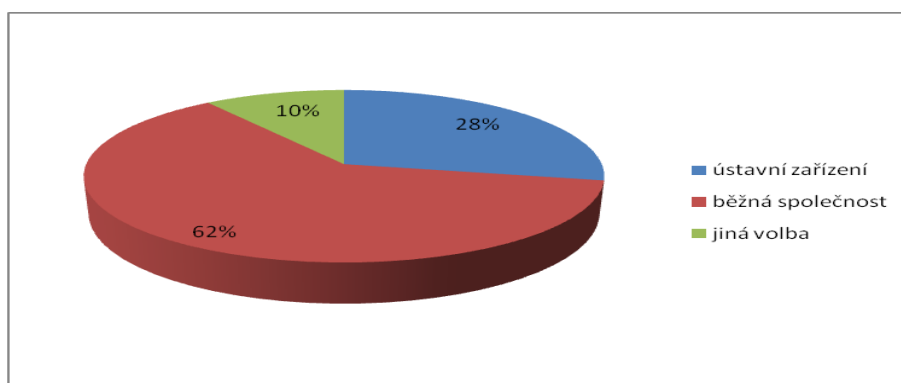
Tabulka č. 26 Kam patří osoba se zdravotním postižením

Odpověď	Počet respondentů		
	ZŠ	Gymnázium	%
ústavní zařízení	14	6	28
běžná společnost	30	14	62
jiná volba	6	1	10

Zdroj: (vlastní výzkum)

Na otázku, kam patří osoba se zdravotním postižením, odpovědělo z celkového počtu 71 respondentů 20 dotazovaných (28%) do **ústavního zařízení**, 44 dotazovaných (62%) do **běžné společnosti** a 7 dotazovaných (10%) zvolilo možnost **otevřené varianty odpovědi**. V 5 případech odpověď zněla „záleží na druhu postižení“, další odpověď „kde se cítí sami dobře“, a poslední varianta odpovědi „podle volby osoby se zdravotním postižením“.

Graf č. 23 Kam patří osoba se zdravotním postižením



Zdroj: (vlastní výzkum)

Graf názorně ukazuje, že mezi respondenty převažuje názor, že osoby se zdravotním postižením patří do běžné společnosti nepostižených.

4.6 Vyhodnocení předpokladů a diskuze

- **Lze předpokládat, že pocit lítosti bude u dětí staršího školního věku vyvolávat nejvíce osoba s tělesným postižením.**

Větší míry lítosti však dosáhla osoba se zrakovým postižením, celkový součet bodů respondentů činil 525. Až těsně za ním se umístila osoba s tělesným postižením s celkovým počtem bodů 505 (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 10). **Předpoklad č. 1 se nepotvrdil.**

Možná příčina nepotvrzeného předpokladu: Zaměřili jsme se na to, jaké druhy akcí týkající se zdravotního postižení školy pořádají. Zjistili jsme, že Základní škola Ivana Olbrachta v Semilech se účastnila výstavy s názvem Tma přede mnou. Jednalo se o výstavu pro nevidomé a slabozraké, kde si mohli žáci vyzkoušet, jaké to je, nevidět nic jiného než tmu. Trasu výstavy absolvovali se šátkem na očích se zrakovým průvodcem. Této akce se zúčastnilo z této třídy 30 respondentů. Základní škola v Železném Brodě zprostředkovala svým žákům návštěvu nevidomého pana Mejšnara se svým vodícím psem v rámci besedy Jak se žije nevidomým. Cílem besedy bylo naučit se komunikovat s nevidomým. Z této třídy se zúčastnilo besedy 20 dotazovaných. Fakt, že zrakové vady včetně nevidomosti, jsou společensky nejméně odmítaným postižením, a ve vztahu k nevidomým převažuje soucit je tedy pravdivý.

- **Lze předpokládat, že pocit strachu bude u dětí staršího školního věku vyvolávat nejvíce osoba s psychiatrickým onemocněním.**

Větší míry pocitu strachu dosáhla osoba s poruchami chování, celkový součet bodů respondentů dosáhl 301 bodů, v přepočtu na procenta se jedná o 24%. Osoba s psychiatrickým onemocněním dosáhla 288 bodů, tj. 20% (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 11). **Předpoklad č. 2 se nepotvrdil.**

Možná příčina nepotvrzeného předpokladu: K aktivitám, které námi vybrané školy pro své žáky pořádají, patří velmi často přednášky s Policí ČR na téma Šikana, či spolupráce se střediskem výchovné péče Čáp v Liberci. Toto zařízení je součástí dětského diagnostického ústavu, a exkurze se zaměřují na výskyt školních, rodinných či psychických problémů, na počátky zneužívání návykových látek a gamblerství. S tím samozřejmě souvisí následné poruchy chování, absence ve škole, krádeže, lhaní apod. Na základě těchto aktivit, které jsou tímto pro žáky mnohem více konkrétnější, co do reálné představy následků, je možné, že jejich povědomí je více ovlivněno tím, s čím se seznámili a dokážou si to lépe představit.

- **Lze předpokládat, že pocit zvědavosti bude u dětí staršího školního věku nejvíce vyvolávat osoba s mentálním postižením.**

Větší míry pocitu zvědavosti dosáhla osoba s psychiatrickým onemocněním s celkovým počtem bodů 237, tj. 18%. Osoba s mentálním postižením skončila hned za ní s celkovým počtem bodů 202, tj. 15% (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 12). **Předpoklad č. 3 se nepotvrdil.**

Možná příčina nepotvrzeného předpokladu: Jednou z možných příčin může být větší informovanost o mentálním postižení prostřednictvím pořadů v TV, rozhodně jich je více, než pořadů o psychiatrickém postižení. Například koncert v pražské O2 aréně Chceme žít s Vámi, který tradičně uvádějí moderátoři Adéla a Dalibor Gondíkoví. I když se názor veřejnosti na návštěvu u psychologa či psychiatra pomalu mění, stále lidé o své diagnóze spíše šeptají, než hovoří bez zábran nahlas. Další možnou příčinou může být zařízení Služby sociální péče Tereza v Benešově u Semil, které se nachází ve vzdálenosti 4 km od Semil a 12 km od Železného Brodu. Zařízení, kde jsou klienti s mentálním postižením ve věku od 7 do 40 let, pořádá pravidelné koncerty pro školy v Semilech i v Železném Brodě pod názvem Patříme k sobě. V sídle zařízení probíhají dny otevřených dveří, kde si návštěvníci mohou prohlédnout celé zařízení, prostory a dílny. V rámci tohoto dne probíhá také prodej vlastních výrobků z textilu, keramiky

a proutí. Žáci se tedy poměrně často setkávají s klienty tohoto zařízení, a proto již nemusí pociťovat zvědavost v takové míře, jako k osobě s psychiatrickým onemocněním.

- **Lze předpokládat, že pocit lhostejnosti bude u dětí staršího školního věku v nejnižší míře vůči tělesně postiženým.**

Osoba s tělesným postižením dosáhla u pocitu lhostejnosti nejmenšího počtu bodů, a to 164, je to 12%. Na dalším místě se umístila s celkovým počtem 171 bodů osoba se sluchovým postižením (13%), a se 172 body osoba s mentálním postižením (13%) (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 13). **Předpoklad č. 4 se potvrdil.**

- **Lze předpokládat, že pocit odporu bude u dětí staršího školního věku nejvyšší k poruchám chování.**

Osoba s poruchou chování dosáhla nejvyššího počtu 187 bodů (19%), to znamená, že je pociťována vůči ní nejvyšší míra odporu. O 6 bodů méně, tj. 181 (17%) získala osoba s psychiatrickým onemocněním, a následuje osoba s mentálním postižením s počtem 168 bodů (16%) (ověřováno otázkou č. 4, tabulka č. 14). **Předpoklad č. 5 se potvrdil.**

- **Lze předpokládat, že více jak 50% dětí staršího školního věku souhlasí s integrací dětí se zdravotním postižením do běžných typů škol.**

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 35 respondentů (49%), že souhlasí, aby navštěvovaly školu společně děti zdravé s dětmi se zdravotním postižením. Stejný počet respondentů, tj. 35 (49%) však odpovědělo, že s integrací nesouhlasí (ověřováno otázkou č. 7, tabulka č. 17). **Předpoklad č. 6 se nepotvrdil.**

Možné příčiny nepotvrzeného předpokladu: Důvodem není odpor k těmto spolužákům, ale spíše obavy, aby nebyli zdravotně postižení šikanováni, terčem posměchu, bez kamarádů, obavy z nedostatečné péče a pomoci, z nadměrné zátěže, potřeby jiného přístupu k učivu. Čtrnáctiletý žák tercie zdůvodnil svoji zápornou odpověď takto: „*Normální škola jim neposkytne takovou odbornou pomoc a hrozí ignorace od spolužáků.*“ Vyskytl se i názor (dívka, 13 let), že si má postižený sám zvolit, jakou školu by chtěl navštěvovat. Jedna čtrnáctiletá dívka nezaškrtnula ani jednu variantu, pouze dopsala svůj názor na věc: „*Nevím. Bylo by to dobré, ale mohlo by dojít k šikaně a problémům.*“

- **Lze předpokládat, že více jak 70% dětí staršího školního věku se minimálně 1x účastnily nějaké dobrovolné aktivity (sbírky) v rámci pomoci zdravotně postiženým.**

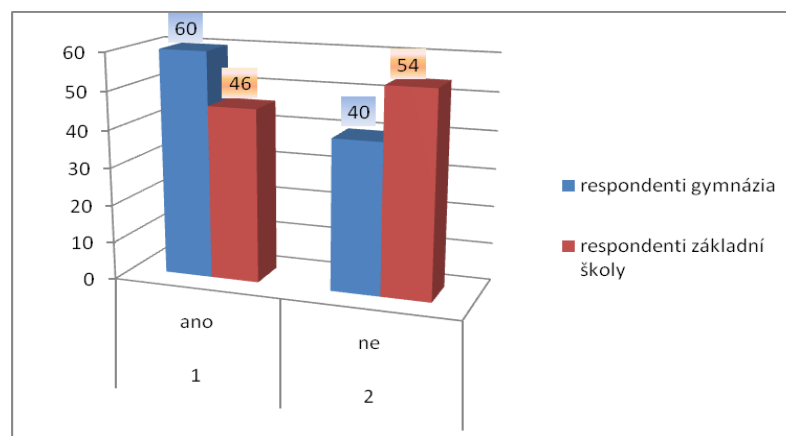
Celkem se alespoň jednou zúčastnilo 51 dotazovaných (72 %), z tohoto celkového počtu se 25 dotazovaných (35%) zúčastnilo nějaké aktivity či sbírky vícekrát, a jeden dotazovaný (2%) se účastní pravidelně. Žádné aktivity v rámci pomoci zdravotně postiženým se neúčastnilo 20 respondentů (28%) (ověřováno otázkou č. 10, tabulka č. 21). **Předpoklad č. 7 se potvrdil.**

- **Lze předpokládat, že více jak 50% dětí staršího školního věku zastává názor, že by se měly osoby se zdravotním postižením co nejvíce začleňovat do běžné společnosti nepostižených lidí.**

Z celkového počtu respondentů volilo 44 (62%) začleňování do běžné společnosti. Do ústavního zařízení by umístilo osoby se zdravotním postižením 20 respondentů (28%) (ověřováno otázkou č. 15, tabulka č. 26). **Předpoklad č. 8 se potvrdil.**

Z výsledků vyplývá, že čtyři z osmi předpokladů se potvrdily, a další čtyři nebyly potvrzeny.

Graf č. 24 Procentuální porovnání odpovědí základní školy a gymnázia na otázku č. 7



Zdroj: (vlastní výzkum)

Pro zajímavost byly porovnány odpovědi respondentů klasických základních škol na jednotlivé otázky s odpověďmi respondentů z osmiletého gymnázia. Ve 13 otázkách z celkových 14 byly odpovědi srovnatelné. Výraznější rozdíl byl patrný pouze u otázky č. 7, která zjišťovala názor na integraci dětí se zdravotním postižením do běžných typů škol. Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 50 dětí klasické základní školy

23 dotazovaných (46%) **ano**, a 27 dětí (54%) **ne**. Kdežto z 20 žáků tercie označilo odpověď **ano** 12 dotazovaných (60%) a **ne** 8 žáků (40%).

5 Závěr

Cílem práce bylo zjistit a popsat sociální akceptaci a charakteristické rysy postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením. Sociální akceptaci rozumíme takový postoj k osobě se zdravotním postižením a člověku vůbec, který ji považuje za důstojnou a hodnotnou lidskou bytost. Akceptující postoj vnímá člověka jako reálnou bytost, se všemi pozitivními i negativními kvalitami. Pojem postoj se nejdříve používal v malířském žargonu pro označení polohy těla při jeho výtvarném zpracování. V současné době se využívá tento pojem i v oblasti vědy. Je to určitá tendence reagovat poměrně stálým a charakteristickým způsobem na opakované situace, myšlenky, osoby atd. Postoje se získávají v průběhu života, především vzděláváním, sociálními kontakty, na základě mínění veřejnosti, jsou součástí osobnosti, souvisí s jejími sklony a zájmy.

Do budoucna nelze očekávat pokles počtu osob se zdravotním postižením v populaci. Důvodem je devastace životního prostředí, špatný životní styl přinášející sebou nové formy civilizačních chorob. Dochází také k zvyšování endogenních (vrozených, dědičných, rodových dispozic) a exogenních vlivů (úrazů, nemocí, výchova atd.), které působí na vývoj a život jedince. S pokrokem lékařské vědy přežívá více velmi těžce postižených novorozenců, kteří by dříve zemřeli. Naše společnost však není ještě dokonale připravena na integraci osob se zdravotním postižením a na jejich „zviditelnění“. Pokud však bude stále více dětí se zdravotním postižením zařazováno do běžné společnosti vrstevníků, může to pomoci k vytvoření nezkresleného obrazu o těchto osobách. V dospělosti se tento obraz zhodnotí i v přístupu veřejnosti k osobám se zdravotním handicapem.

V praktické části práce bylo provedeno šetření formou nestandardizovaného dotazníku s uzavřenými, polouzavřenými a škálovými otázkami. Cílem bylo zjistit a popsat sociální akceptaci a charakteristické rysy postojů dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením. Šetření se zúčastnilo 71 respondentů ze třech různých škol. Výsledky nelze generalizovat na celou populaci dětí staršího školního věku.

Z celkového počtu respondentů se 94% setkala s osobou se zdravotním postižením. Nejvíce z nich označilo za místo setkání své bydliště a poté školu. V 65% se jednalo o osobu s tělesným postižením, v 39% s mentálním a v 38% se zrakovým postižením. Další údaje obsahují výše uvedené tabulky a grafy. Dotazovaným osoby se zdravotním postižením ve společnosti v 49% nevadí, 44% o nich nepřemýšlí a 7% vadí. Problematika osob se zdravotním postižením zajímá 58% dotazovaných. Z celkového počtu respondentů jich 51% označilo, že by dle jejich názoru měly být osoby se zdravotním postižením zaměstnány spíše v domovech pro tyto osoby, 37% pak v chráněných dílnách. K odpovědím však vedly spíše obavy o to, že běžné provozy nejsou pro tyto osoby přizpůsobeny, nevyhovují jejich tempu a ze strachu, že by se mohly při práci zranit. Převážná většina je pro zařazení těchto osob do běžné společnosti nepostižených lidí. Na základě těchto výsledků se domníváme, že děti staršího školního věku z našeho výzkumného vzorku akceptují osoby se zdravotním postižením.

Při zjišťování charakteristických rysů postojů jsme došly k těmto výsledkům. Kladené otázky zjišťovaly spíše afektivní (emoční) a také konativní složku postojů. Byly zjišťovány tyto pocity k osobám se zdravotním postižením – lítost, strach, zvědavost, lhostejnost a odpor. Lítost pociťují respondenti nejvíce k osobám se zrakovým postižením, pocit strachu je nejsilnější k osobám s poruchami chování, zvědavost vyvolává nejvíce osoba s psychiatrickým postižením, lhostejnost pociťují v nejnižší míře k osobám s tělesným postižením, výrazně nejvyšší k osobám s poruchami chování. Odpor je nejvíce pociťován k osobám s poruchami chování. Osobu se zdravotním postižením vnímají nejvíce jako závislou, ale také upřímnou, klidnou, hodnou, cennou a chytrou. Až na posledních příčkách ji považují za agresivní, hloupou, zlou, bezcennou a neupřímnou.

Z osmi předpokladů, jejichž pravdivost byla dotazníkovým šetřením prověřována, byly 4 předpoklady potvrzeny a 4 vyvráceny. Překvapující bylo vyvrácení předpokladu, týkajícího se souhlasu s integrací dětí se zdravotním postižením do běžného typu škol. Výsledek byl vyrovnaný, polovina respondentů souhlasila, polovina ne. Lze z toho usuzovat, že respondenti nemají úplnou představu, jak zapojení dítěte s postižením do běžné školy probíhá. Od roku 1989 má každý jedinec (i těžce mentálně postižený) právo na vzdělání. Na základě odpovědí respondentů však musíme upozornit, že k integraci osoby se zdravotním postižením do běžné školy dochází až po podrobném zvážení všech podstatných okolností, týkajících se dítěte, rodiny, školy,

učitele, společnosti. Každá škola vždy vypracuje individuální vzdělávací plán. Podkladem pro jeho vyhotovení je tzv. integrační zpráva, kterou vydává odborné pracoviště, nejčastěji pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně pedagogické centrum. Při úvahách o integraci se vždy bere ohled na počet žáků ve třídě, bezbariérovost školní budovy, ale hlavně na zvláštnosti osoby s postižením, na druh a stupeň postižení. Respondenti se obávali nedostatečné péče a pomoci, potřeby jiného přístupu. Toto vše se však bere v úvahu, nejedná se o nepromyšlené rozhodnutí. Jistě mají dotazovaní pravdu v tom, že je integrace do běžné školy pro osobu s postižením velmi náročná. Dítě pochopí, že má omezenější možnosti, někdy může i získat zkušenost s odmítnutím a negativním hodnocením zdravými vrstevníky. Jsou však i případy opačné, kdy díky vyučujícím bylo vše zvládnuto tak, že se dítě s postižením cítí mezi zdravými dětmi dobře a vůbec nepocítuje svůj handicap.

Proces integrace není rozhodně jednoduchý, důležité jsou postoje postižených i zdravých a z nich vyplývající chování. Osoby s postižením však byly, a budou i nadále součástí každé společnosti. Je tedy třeba se jim naučit rozumět, chápat jejich odlišnost a přijímat je. A právě proto, že se postoje získávají v průběhu celého života, je potřeba přístup k osobám se zdravotním postižením, jako i ostatní socializační návyky budovat od nejútlejšího věku.

6 Návrh opatření

V rámci výuky zařazovat více přednášek, besed, exkurzí či účasti na výstavách věnovaných osobám se zdravotním postižením. Sledované základní školy mají v rámci svých programů spoustu akcí zaměřených na prevenci drogové závislosti, na kriminalitu a delikvenci, na sexuální výchovu, zdravou výživu, ale jen 6 akcí (4%) z průměrného počtu 137 akcí (včetně olympiád a soutěží) v rámci školního roku, jsou věnovány osobám se zdravotním postižením. Údaje byly čerpány z výročních zpráv škol či na základě dotazu zasláního řediteli škol elektronickou poštou.

Ve školách běžného typu vytvořit podmínky pro integraci postižených dětí odstraněním architektonických bariér. Stále je ještě málo škol bezbariérových, např. v Semilech je z pěti základních škol bezbariérová pouze jedna. Pro tyto účely lze čerpat v rámci Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost do roku 2013 prostředky z Evropského sociálního fondu (ESF). Jedna z jeho oblastí je právě podpora rovných příležitostí dětí a žáků včetně dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Finanční prostředky lze použít na stavební úpravy, které souvisí

s usnadněním přístupu pro osoby se zdravotním postižením, ale také na úpravu výukových, tréninkových nebo pracovních prostor používaných na realizaci aktivit s cílovou skupinou. Kromě škol a školských zařízení mohou finanční prostředky čerpat i organizace působící v oblasti volného času. Přínos spočívá v tom, že dítě s postižením je součástí kolektivu nepostižených již od dětství a ostatní se zároveň učí znát jejich problémy, a měnit dosud zaběhlé negativní stereotypy o zdravotním postižení. Důležitou roli hraje i výchova v rodině.

Pro informaci uvádíme, že Ministerstvo pro místní rozvoj vydalo vyhlášku č. 398/2009 Sb., o obecných a technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, která nabyla účinnosti dne 18.11.2009. Základním cílem této vyhlášky je přispět k integraci osob s omezenou schopností pohybu a orientace do společnosti. Okruh osob spadajících do „bezbariérového“ režimu staveb je vymezen ve stavebním zákoně. Jedná se o osoby s pohybovým, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, o těhotné ženy, osoby pokročilého věku, osoby doprovázející dítě v kočárku nebo dítě do tří let. Vyhláška obsahuje požadavky na bezbariérovost staveb pozemních komunikací a veřejných prostranství, přístupů do staveb, požadavky na stavby občanského vybavení, (tj. stavby pro veřejnou správu, soudy, státní zastupitelství, policii, stavby pro sdělovací prostředky, pro obchod a služby, pro ochranu obyvatelstva, pro sport, školy, předškolní a školská zařízení, pro kulturu, pro zdravotnictví a sociální služby, pro veřejnou dopravu atd.), dále požadavky na společné prostory a domovní vybavení bytového domu obsahujícího více než 3 byty, stavby pro výkon práce celkově 25 a více osob, pokud provoz v těchto stavbách umožňuje zaměstnávat osoby se zdravotním postižením nebo stavby pro výkon práce osob s těžkým zdravotním postižením.

Důležité je také odstranění komunikačních bariér. Například lidé neslyšící od narození mají narušený vývoj řeči, a také omezenou schopnost porozumět ostatním. Díky bariérám v komunikaci dochází k omezení sociálních vztahů pouze na osoby se stejným postižením, s nimiž mají podobné problémy a snadno se dorozumí. Stejně jako v tomto případě by se měli neslyšící učit co nejčastěji využívat běžně používané jazykové prostředky, tak i jejich okolí by mělo využívat všechny možnosti, aby se lidem se sluchovým postižením dostávaly potřebné informace ve srozumitelné formě. Je potřebné ve větší míře využívat již existující prostředky jakými jsou počítače, internetová síť, tlumočení televizního zpravodajství do znakové řeči, doplňování pořadů titulky atd. Při komunikaci s osobami s těžkými vadami a poruchami řeči, nebo

i s těžkým mentálním postižením či autismem více využívat jednoduché komunikační obrázky srozumitelné pro každého – tzv. piktogramy.

K využití počítačů se ještě vrátíme. V současné době běží projekt pro děti a mladé lidi s různými hendikepy pod názvem PC pro hendikepované děti. Projekt pořádá Nadace pro rozvoj vzdělání. Podmínkou k zařazení do výběrového řízení je životopis žadatele, žádost se zdůvodněním, stručný popis zdravotního stavu a lékařské potvrzení. Žádost lze zasílat do 31.12.2011 na e-mailovou adresu nadace@anezska10.cz. V názvu projektu je sice počítač, ale nadace v jeho rámci přispívá i na různé elektronické pomůcky pro tělesně postižené. (eDotace.cz, 2011)

Upravit podmínky ve školách běžného typu pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním, např. snižovat počty žáků ve třídách, umožňovat žákovi používat potřebné a dostupné kompenzační pomůcky, vhodné učebnice a učební pomůcky přizpůsobené jejich potřebám. Dle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) mají děti, žáci a studenti se zdravotním postižením právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační pomůcky poskytované školou. Problém je v tom, že školy nemají dostatek prostředků na jejich nákup. Je tedy nutné navýšit finanční prostředky na nákup těchto didaktických pomůcek. V současné době je situace taková, že vyučující zažádá o možnost nákupu didaktické pomůcky, tento požadavek je z důvodu nedostatku finančních prostředků zamítnut, a vyučující si tedy pomůcku zakoupí ze svých prostředků a používá ji při výuce.

Velmi důležitý je individuální přístup při stanovování obsahu, forem a metod výuky, je nutné zohledňovat druh, stupeň a míru postižení nebo znevýhodnění při hodnocení výsledků, zkvalitňovat připravenost pedagogických pracovníků pro práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami atp. Od 25.2.2011 až do 31.12.2011 lze požádat o dotaci na spolufinancování pedagogického nebo osobního asistenta pro nevidomé a hendikepované děti. Finanční podporu poskytuje Nadace pro rozvoj vzdělání a podmínkou ke vstupu do výběrového řízení je doložená skutečnost, že žadatel o peníze na financování asistenta neúspěšně žádal na příslušném oboru obecního (městského) úřadu. Dále životopis a charakteristika dítěte, stručný lékařský popis postižení, a uvedení finanční částky, kterou rodina na plat asistenta požaduje. Žádosti lze zasílat do výše uvedeného termínu na e-mailovou adresu nadace@anezska10.cz. (eDotace.cz, 2011)

Na stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy lze nalézt informace o nové oblasti podpory z EU s názvem Zlepšení podmínek pro vzdělávání na základních školách. Smyslem je podpořit rozvoj sedmi oblastí, které se jeví jako dlouhodobě problematické, do této skupiny je zahrnuto i inkluzivní vzdělávání. Zlepšení výuky by mělo být dosaženo metodickým vzděláváním pedagogických pracovníků, tvorbou a následným používáním nových metodických pomůcek a učebních materiálů. V rámci zvýšení účinnosti práce se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami bude probíhat individualizace výuky prostřednictvím dělení hodin. Na projekt je vyčleněno 4,5 mld. Kč, které mohou využít všechny základní školy v ČR mimo území hlavního města Prahy. Základní škola si může požádat o finanční dotaci předložením projektové žádosti nejdéle do 20.12.2012. (MŠMT, 2011)

V rámci odpoledních televizních programů pro mladé zařazovat více pořadů s touto tematikou. Mohl by být i nějaký seriál na pokračování o zařízení s tělesně či jinak postiženými a jejich příběhy. Ukázat lidem, že zdravotní postižení nemusí být vždy úplná katastrofa. Mnoho zdravotně postižených dokáže svoje problémy překonat způsobem, který vzbuzuje obdiv. Je potřeba o nich vědět, můžou se stát motivací pro ostatní při zvládání životních nesnází.

Seznam použité literatury:

BARTOŇOVÁ, Miroslava - BAZALOVÁ, Barbora - PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie* 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona - HORÁKOVÁ, Radka - KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie & surdopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 118 s. ISBN 978-80-7315-136-2.

DRAPELA, Victor, J. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.

FISCHER, Slavomil - ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd.(opravený dotisk) Praha: Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 288 s. ISBN 978-80-7367-269-0.

KOHOUTEK, Rudolf a kol. *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: CERM, 1998. 181 s. ISBN 80-7204-064-2.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.

LANGMEIER, Josef - KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LOVAŠ, Ladislav. Malé sociální skupiny. In VÝROST, Jozef - SLAMĚNÍK, Ivan (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

MAHROVÁ, Gabriela - VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

NOVOSAD, Libor. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. 79 s. ISBN 80-7083-563-X.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

OPAŘILOVÁ, Dagmar - ZÁMEČNÍKOVÁ, Dana. *Somatopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.

PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na oftalmopedii 1. díl*. 2. uprav. vyd. Liberec: TUL, 2005. 73 s. ISBN 80-7372-001-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do vývojové psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 103 s. ISBN 80-7372-057-4.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti: místo postiženého ve společnosti u nás v epoše středověku*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2000. 248 s. ISBN 80-86039-90-0.

VÁGNEROVÁ, Marie - HADJ MOUSSOVÁ, Zuzana. *Psychologie handicapu. 1. část Handicap jako psychosociální problém*. 2. oprav. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. 40 s. ISBN 80-7083-763-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 468 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 124 s. ISBN 978-80-7372-307-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOJTKO, Tibor. *Postižený člověk v dějinách*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 48 s. ISBN 80-7041-017-5.

VÝROST, Jozef. *Postoje, jejich utváření a změna*. In VÝROST, Jozef - SLAMĚNÍK, Ivan (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Internetové zdroje:

ČSÚ. *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007* [online]. [cit. 2010-08-21]. Dostupné na Internetu: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/3309-08-za_rok_2007>.

eDOTACE.cz. *Katalog dotací – PC pro hendikepované děti*. [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné na Internetu: <<http://www.edotace.cz/katalog-dotaci/pc-pro-hendikepovane-deti-10057/doplnujici/>>.

eDOTACE.cz. *Katalog dotací – Asistenti pro nevidomé a hendikepované děti*. [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné na Internetu: <<http://www.edotace.cz/katalog-dotaci/asistenti-pro-nevidome-a-hendikepovane-deti-10056/>>.

Integrovaný portál MPSV. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [online]. [cit. 2010-07-25]. Dostupné na Internetu: <http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004>.

MŠMT ČR. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. [cit. 2010-07-25]. Dostupné na Internetu: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>>.

MŠMT ČR. *EU peníze školám*. [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné na Internetu: <<http://www.msmt.cz/strukturalni-fondy/eu-penize-skolam/zakladni-informace-o-projektu>>.

MZČR. *MKN -10 Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. [cit. 2010-08-11]. Dostupné na Internetu: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mkn-10-klasifikace_1015_3.html>.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR *Zpráva o situaci zdravotně postižených* [online]. [cit. 2010-07-10]. Dostupné na Internetu: <<http://www.nrzp.cz/zprava-o-situaci-zdravotne-postizenych.html>>.

Přílohy

Příloha č. 1 Seznam tabulek a grafů

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 1

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Klasifikace příčin vzniku vad a poruch

Tabulka č. 2 Klasifikace sluchových vad – jednotlivé kategorie ztráty sluchu

Tabulka č. 3 Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10)

Tabulka č. 4 Rozdělení vzorku dle věku respondentů

Tabulka č. 5 Rozdělení vzorku dle pohlaví respondentů

Tabulka č. 6 Počet respondentů s osobní zkušeností se ZP

Tabulka č. 7 Místo setkání s osobou se zdravotním postižením

Tabulka č. 8 Nejčastější druh postižení, se kterým se dotazovaný setkal

Tabulka č. 9 Vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti

Tabulka č. 10 Pocit lítosti

Tabulka č. 11 Pocit strachu

Tabulka č. 12 Pocit zvědavosti

Tabulka č. 13 Pocit lhostejnosti

Tabulka č. 14 Pocit odporu

Tabulka č. 15 Náзор na soužití zdravé osoby s osobou s postižením

Tabulka č. 16 Praxe v zařízení s osobami se zdravotním postižením

Tabulka č. 17 Náзор na zařazení ZP do běžných škol (tzv. integraci)

Tabulka č. 18 Postoj ke zdravotně postiženému spolužákovi v lavici

Tabulka č. 19 Neseděl bych se spolužákem (podle druhu postižení)

Tabulka č. 20 Schopnost setrvat ve vztahu s dívkou či chlapcem na invalidním vozíku

Tabulka č. 21 Účast na dobrovolných aktivitách (sbírkách) pro zdravotně postižené

Tabulka č. 22 Dárcovské SMS dle druhu postižení

Tabulka č. 23 Zájem o problematiku osob se zdravotním postižením

Tabulka č. 24 Jak vidí děti staršího školního věku osoby se ZP jako osobnost

Tabulka č. 25 Náзор, kde by měla být zaměstnána osoba se zdravotním postižením

Tabulka č. 26 Kam patří osoba se zdravotním postižením

- Graf č. 1 Rozdělení dle věku respondentů
- Graf č. 2 Rozdělení dle pohlaví respondentů
- Graf č. 3 Počet respondentů s osobní zkušeností se ZP
- Graf č. 4 Místo setkání s osobou se zdravotním postižením
- Graf č. 5 Nejčastější druh postižení, se kterým se dotazovaný setkal
- Graf č. 6 Vnímání osob se zdravotním postižením ve společnosti
- Graf č. 7 Pocit lítosti
- Graf č. 8 Pocit strachu
- Graf č. 9 Pocit zvědavosti
- Graf č. 10 Pocit lhostejnosti
- Graf č. 11 Pocit odporu
- Graf č. 12 Náзор na soužití zdravé osoby s osobou s postižením
- Graf č. 13 Praxe v zařízení s osobami se zdravotním postižením
- Graf č. 14 Náзор respondentů na integraci do běžných škol
- Graf č. 15 Postoj ke zdravotně postiženému spolužákovi v lavici
- Graf č. 16 Neseděl bych se spolužákem (podle druhu postižení)
- Graf č. 17 Schopnost setrvat ve vztahu s dívkou či chlapcem na invalidním vozíku
- Graf č. 18 Účast na dobrovolných aktivitách (sbírkách)
- Graf č. 19 Na jaký druh postižení by respondenti přispěli dárcovskou SMS
- Graf č. 20 Zájem o problematiku osob se zdravotním postižením
- Graf č. 21 Jak vidí děti staršího školního věku osoby se zdravotním postižením jako osobnost
- Graf č. 22 Kde by měla být zaměstnána osoba se zdravotním postižením
- Graf č. 23 Kam patří osoba se zdravotním postižením
- Graf č. 24 Procentuální porovnání odpovědí na otázku č. 7

Příloha č. 2

Pořadové číslo:

Vážení respondenti,

jsem studentkou 2. ročníku Technické univerzity v Liberci, studijního oboru sociální pracovník a zpracovávám bakalářskou práci na téma Postoj dětí staršího školního věku k osobám se zdravotním postižením.

Dovoluji si Vás touto cestou oslovit a požádat o spolupráci na průzkumu na toto téma formou vyplnění **anonymního dotazníku**. Výsledky tohoto průzkumu budou podkladem pouze pro zpracování bakalářské práce, kterou Vám v případě zájmu ráda poskytnu. **Žádné údaje nebudou zneužity či poskytnuty dalším osobám.**

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Svůj výběr označte zakroužkováním. U každé otázky zaškrtněte prosím pouze 1 variantu odpovědi, pouze u otázky č. 1, 2, 11 můžete zaškrtnout variant více.

1) Setkal(a) jste se s osobou se zdravotním postižením?

* **Ano**

* **Ne**

Jestliže jste uvedl(a) ano, vyberte z níže uvedených možností (lze zvolit i více možností)

- a) ve škole
- b) v rodině
- c) mezi přáteli
- d) v místě bydliště
- e) jinde (uved'te kde)

2) Pokud jste se setkal(a) s osobou se zdravotním postižením, o jakou osobu se jednalo?

- a) o osobu s tělesným postižením (postižení pohybového ústrojí- dětská mozková obrna, ochrnutí následkem poranění míchy, vrozené poruchy vývoje končetin atd.)
- b) o osobu se zrakovým postižením
- c) o osobu se sluchovým postižením
- d) o osobu s vadou řeči (např. koktavost atd.)
- e) osobu s poruchou chování (záškoláctví, útěky, šikana, vandalismus atd.)

f) o osobu s mentálním postižením (ztráta rozumových schopností – demence, mentální retardace, autismus atd.)

g) o osobu s psychiatrickým onemocněním (schizofrenie, deprese, mánie, fobie atd.)

3) Jak vnímáte osoby se zdravotním postižením ve společnosti?

- a) nevadí mi
- b) vadí mi
- c) nepřemýšlím o tom

4) Jaké pocity ve Vás vyvolává osoba se zdravotním postižením? Prosím použijte hodnotící škálu od 1-10 a do každého řádku, ke každému pocitu dejte číslo od 1-10. Např. u osoby s tělesným postižením cítíte nejvyšší míru lítosti dáte tedy do kolonky lítost hodnotu 10, strach nepocítíte dáte tedy do kolonky strach 1 atd.

Druh postižení	P	O	C	I	T
	lítost	strach	zvědavost	lhostejnost	odpor
osoba s tělesným postižením					
osoba se zrakovým postižením					
osoba se sluchovým postižením					
osoba s vadou řeči					
osoba s poruchou chování					
osoba s mentálním postižením					
osoba s psychiatrickým onemoc.					

5) Jak posuzujete partnerské soužití osoby zdravé s osobou se zdravotním postižením?

- a. zdravou osobu obdivuji
- b. zdravou osobu nechápu
- c. zdravý člověk má žít se zdravým a postižený s postiženým
- d. nevidím v tom problém
- e. jiný názor.....

6) Představte si, že v rámci studia vykonáváte praxi v zařízení s osobami s různým zdravotním postižením. Máte strávit jeden den s některou z postižených osob. Koho byste zvolili?

- a) osobu s tělesným postižením
- b) osobu se zrakovým postižením
- c) osobu se sluchovým postižením
- d) osobu s vadou řeči
- e) osobu s poruchou chování
- f) osobu s mentálním postižením
- g) osobu s psychiatrickým onemocněním

7) Souhlasíte s tím, aby školu navštěvovaly společně děti zdravé s dětmi se zdravotním postižením?

- a) Ano
- b) Ne

Váš názor (odpověď ano /ne) krátce
zdůvodněte:.....

8) Vadilo by Vám sedět v lavici se zdravotně postiženým spolužákem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) podle druhu postižení , neseděl bych se spolužákem s:
 - tělesným postižením
 - se zrakovým postižením
 - se sluchovým postižením
 - s vadou řeči
 - s poruchou chování
 - s mentálním postižením
 - s psychiatrickým onemocněním

9) Pokud by Vaše dívka či chlapec zůstala po úraze upoutána trvale na invalidní vozík, dokázal(a) byste ve vztahu dále setrvat?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10) Účastnil(a) jste se někdy nějaké dobrovolné aktivity (sbírky) v rámci pomoci zdravotně postiženým?

- a) ano, jednou
- b) ano, víckrát
- c) ano, pravidelně
- d) ne

11) Na jaký druh postižení byste přispěl(a) dárcovskou SMS?

- a) tělesné postižení
- b) zrakové postižení
- c) sluchové postižení
- d) vady řeči
- e) poruchy chování
- f) mentální postižení
- g) psychiatrické postižení

12) Zajímá Vás problematika osob se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne

13) Osoba se zdravotním postižením je dle Vás: (lze zaškrtnout více variant)

- a) cenná
- b) bezcenná
- c) klidná
- d) agresivní
- e) hodná
- f) zlá
- g) chytrá

- h) hloupá
- i) upřímná
- j) neupřímná
- k) závislá
- l) samostatná

14) Podle Vašeho názoru by bylo nejlepší, aby byla osoba se zdravotním postižením zaměstnána:

- a) běžných provozech
- b) jen v chráněných dílnách
- c) v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Váš názor (odpověď) krátce zdůvodněte:.....

15) Podle Vašeho názoru patří osoba se zdravotním postižením spíše do:

- a) ústavního zařízení
- b) do běžné společnosti nepostižených lidí (co nejvíce začleňovat, zapojovat do společnosti)
- c)

Váš věk:.....

Pohlaví: Ž x M (zakroužkujte)

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!